

1. Uppgifter om den sökande

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress		Telefon
Postnummer	Postadress	Mobiltelefon

2. Önskad resa

Från	Datum för resa/resorna
Till (ort)	Adress
Antal resor om ansökan gäller fler än en resa	

3. Ändamålet med resan

Beskriv ändamålet med resan

4. Uppgifter om din funktionsnedsättning (måste bestå minst 6 månader)

Beskriv din funktionsnedsättning (diagnos eller motsvarande) och varför du måste resa med riksfärdtjänst
--

Läkarintyg bifogas (efterfrågas om du inte tidigare lämnat ett sådant eller om det inte längre är aktuellt)

5. Uppgifter om färdstätt

Jag kan åka med	
<input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Flyg <input type="checkbox"/> Båt <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Specialfordon	
Jag måste åka med	
<input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Specialfordon	<input type="checkbox"/> Bår behövs <input type="checkbox"/> Ensamåkning (bifoga läkarintyg)
	<input type="checkbox"/> Allergiserat fordon
Jag behöver	
<input type="checkbox"/> Hjälppå och av <input type="checkbox"/> Annan hjälp, ange vad:	

6. Uppgifter om hjälpmedel

Hjälpmedel som medförs				
<input type="checkbox"/> Rollator (ej fällbar)	<input type="checkbox"/> Rollator (fällbar)	<input type="checkbox"/> Rullstol (fällbar)		
<input type="checkbox"/> Rullstol (ej fällbar)	Längd: cm	Bredd: Höjd: Vikt inklusive resenärens vikt:		
<input type="checkbox"/> Elrullstol, lätt (<50 kg)	<input type="checkbox"/> Elrullstol, tung (>50 kg)			
Längd: cm	Bredd: Höjd: Våtcells batteri: Torrcells batteri:			

<input type="checkbox"/> Andra hjälpmedel: Behöver resenären/barnet bälteskudde att sitta på <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--

7. Uppgifter ledsagning och hjälpmedel som behövs för att genomföra resan

Jag behöver ledsagare under själva resan <input type="checkbox"/> En ledsagare <input type="checkbox"/> Två ledsagare
Beskriv varför du behöver ledsagare under resan?
Namn på ledsagare
Jag behöver följande hjälpmedel för att genomföra resan:

8. Önskemål om medresenär (en medresenär betalar resan själv)

Jag önskar ha en medresenär (medges i mån av plats) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Namn på medresenär

9. Övriga upplysningar som har betydelse för ditt färd sätt (sätt kryss (X) om något av nedanstående gäller dig)

Nedsatt syn <input type="checkbox"/>
Nedsatt hörsel <input type="checkbox"/>
Nedsatt tal <input type="checkbox"/>
Allergi <input type="checkbox"/>
Orienteringssvårigheter <input type="checkbox"/>
Gångsvårigheter <input type="checkbox"/>
Kan inte förflytta mig på egen hand <input type="checkbox"/>
Måste färdas i rullstol <input type="checkbox"/>
Måste färdas liggande <input type="checkbox"/>
Annat <input type="checkbox"/>
Jag har färdtjänstillstånd för resor inom Stockholm län Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Rabatter tåg/flyg Sökande <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerandekort (Mecenat, Studentkortet) Ledsagare <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> Studerandekort (mecenat, Studentkortet)

10. Sökandes underskrift och medgivande att lämna uppgifter om tillstånd till researrangören

Jag försäkrar på heder och samvete att uppgifter som lämnats på denna blankett är fullständiga och sanningsenliga. Jag samtycker till att staden lämnar uppgifter om tillstånd till researrangören i det fall min ansökan beviljas. Jag samtycker även till att stadsdelsnämndens enhet för funktionsnedsättning eller äldreomsorg vid behov kan kontaktas för uppgifter som kan klargöra min funktionsnedsättning. Jag är informerad om att staden kan hämta uppgifter från Skatteverket, Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.

Stadsdelsnämnden behöver spara och behandla personuppgifter om dig. Stadsdelsnämnden behandlar dina personuppgifter i enlighet med bestämmelserna i Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679 och annan tillämplig lagstiftning.

I den till ansökan bifogade blanketten finns all den information om personuppgiftshanteringen som stadsdelsnämnden är skyldig att lämna.

Sökande/ Legal företrädare/ Vårdnadshavare 1*	
_____	Datum: _____
Namnförtydligande	
Vårdnadshavare 2*	Datum: _____
_____	_____
Namnförtydligande	
*Om ansökan gäller barn- Ansökan kräver båda vårdnadshavarnas underskrift	

Skicka din ansökan och de handlingar som efterfrågas till din stadsdelsförvaltning.