



ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST

Namn	Personnummer
Gata, box	Telefon
Postnummer och Ort	Innehar CSN/SFS-kort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Hjälpmedel som ska vara med på resan	<input type="checkbox"/> Rollator, fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar <input type="checkbox"/> Elrullstol/Permobil <input type="checkbox"/> Annat: _____		
	<input type="checkbox"/> Rollator, ej fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar <input type="checkbox"/> Extra stor rullstol _____		
	Mått på rullstol Höjd _____ cm Bredd _____ cm Djup _____ cm Vikt _____ kg		Batteri till elrullstol <input type="checkbox"/> Torrcell/gelé <input type="checkbox"/> Vätcell/litium
Avresa	Från gata, ort		
	Till gata, ort		
	Datum	Alternativa datum	Telefon
Återresa	Från gata, ort		
	Till gata, ort		
	Datum	Alternativa datum	Telefon
Behov av extrahjälp	Hjälp vid på- och avstigning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hämtas/lämnas inne <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bår behövs <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ledsagare/medresenär	Efternamn	Förnamn	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär
Övriga upplysningar önskad frammetid etc.	_____ _____ _____ _____		
Sökandes underskrift	Datum	Namnteckning	

Ansökan insändes till: Hofors kommun, Färdtjänstenheten, 813 81 Hofors