



## Ansökan om riksfärdtjänst

Sökande

Förnamn och efternamn	Personnummer:	E-postadress:	
Gatuadress:		Postnummer och Ort	
Telefon dagtid:		Telefon mobil:	
<input type="checkbox"/> Jag är i behov av tolk	Språk:		
Funktionsnedsättning/Hälsa/Diagnos			
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn/hörsel/tal	<input type="checkbox"/> Gångsvårigheter	<input type="checkbox"/> Orienteringssvårigheter	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen
<input type="checkbox"/> Lyftas i/ur hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Färdas i rullstol	<input type="checkbox"/> Färdas liggande	<input type="checkbox"/> Annat
Ansöker för			
<input type="checkbox"/> Enstaka resa	<input type="checkbox"/> Återkommande resor, ett resmål		

Ange skälet med resan:

--

Ansöker om följande resor

Typ (fram-/återresa)	Från adress	Till adress	Datum

## Hjälpmedel

Använder du hjälpmedel vid förflyttning?				
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator - Fällbar	<input type="checkbox"/> Rollator - Ej fällbar	<input type="checkbox"/> Käpp/krycka	<input type="checkbox"/> Syrgasapparat
<input type="checkbox"/> Vit käpp	<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Annat:		
Om Rullstol - vänligen definiera				
<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Lätt elrullstol <50kg	<input type="checkbox"/> Tung elrullstol >50kg		
Höjd (cm)	Bredd (cm)	Längd (cm)		
Vikt, inklusive resenär (kg)	Typ av batteri			
Klarar du att förflytta dig mellan rullstol och personbils framsäte?				
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej		
Om Nej - Beskriv varför:				

## Medgivande

Den sökande ska själv inkomma med uppgifter som styrker funktionsnedsättning/behov. Handläggare kan dock ibland behöva förtydligande kompletteringar. Genom att kryssa i nedan ger Du handläggaren medgivande att vid behov kontakta/söka information i	
<input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningens SoL-akt	<input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningens LSS-akt
<input type="checkbox"/> Annat:	

## Vårdnadshavare 1

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

## Vårdnadshavare 2

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

God man/Förvaltare/Företrädare med fullmakt  
Förordnande/Fullmakt ska bifogas

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och Ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:
Typ av uppdrag: <input type="checkbox"/> Sörja för person <input type="checkbox"/> Förvalta egendom <input type="checkbox"/> Bevaka rätt	

Underskrift

Sökande/ Företrädare:	Namnförtydligande:
-----------------------	--------------------

### Samtycke

Om du vill att någon anhörig ska få ta del av information gällande ditt ärende måste du fylla i det samtycke som bifogas denna ansökan. Samtycket gäller enbart informationsutbyte och kommer inte på något sätt påverka dina insatser

### Fullmakt

Om du vill att någon annan ska företräda dig ska en fullmakt upprättas mellan dig och aktuell person (fullmaktstagare).

Du hittar en fullmakt att använda under Trollhättans stads hemsida - e-tjänster och blanketter - Omsorg och hjälp. Det är dock inte nödvändigt att använda denna fullmakt så länge nödvändig information (som framgår av blanketten) framkommer ändå.

En fullmakt kan när som helst återtas av dig genom att du meddelar detta muntligen eller skriftligen till Biståndsenheten/Kontaktcenter.

### Ansökan, samtycket och eventuell fullmakt skickas till:

Biståndsenheten  
Trollhättans Stad  
Box 981  
46183 Trollhättan