

## ANSÖKAN OM RESA MED RIKSFÄRDTJÄNST

**1. Uppgifter om den sökande**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress		Telefon
Postnummer	Postadress	Mobiltelefon

**2. Önskad resa**

Från	Datum
Till (ort)	Datum för återresan
Adress	

**3. Syftet med resan**

Beskriv syftet med resan (t.ex. rekreation, fritidsaktivitet eller enskild angelägenhet)

**4. Uppgifter om din funktionsnedsättning**

Beskriv ditt funktionshinder och vilka svårigheter du har att resa med allmänna kommunikationer på den aktuella sträckan

**5. Färdmedel beslutas av socialnämnden**

Jag behöver

Lyftas i/ur färdmedlet       Färdas i rullstol       Färdas liggande

Ensamåkning (bifoga läkarintyg)

**6. Uppgifter om hjälpmedel**

Hjälpmedel som medförs

Rollator (fällbar)     Rollator (ej fällbar)     Rullstol (fällbar)     Rullstol (ej fällbar)

Elrullstol, lätt (< 50 kg)     Elrullstol, tung (>50 kg)    Längd:    Bredd:    Höjd:    ( i cm)

Andra hjälpmedel:

### 7. Uppgifter om du behöver ledsagare under resan

Jag behöver ledsagare under själva resan (gäller ej på – avstigning samt byte av färdmedel)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv vilken form av personlig omvårdnad ledsagaren ska hjälpa dig med under resan
Namn på ledsagare

### 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 färdstätt (sätt kryss (X) om något av nedanstående gäller dig)

<input type="checkbox"/> 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"/> Annat, ange vad:
Jag har färdtjänst för resor inom Stockholms län
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Rabatter tåg/flyg
Sökande: <input type="checkbox"/> pensionär <input type="checkbox"/> Studerandekort (CSN)
Ledsagare: <input type="checkbox"/> pensionär <input type="checkbox"/> Studerandekort (CSN)

### 10. Sökandens 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 kommunen lämnar uppgifter om tillstånd till researrangören i det fall min ansökan beviljas. Jag samtycker även till att kommunens Äldre och LSS avdelning vid behov kan kontaktas för uppgifter som kan klargöra min funktionsnedsättning. Socialnämnden behandlar dina personuppgifter i syfte att bedriva verksamhet som ger dig stöd och hjälp. Vi behandlar dina uppgifter och skyddar din integritet i enlighet med dataskyddsförordningen. Har du ytterligare frågor så ring vår växel 08-568 910 00 alternativt kontakta dataskydd@danderyd.se

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

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

Adress: Danderyds kommun, Socialkontoret, Box 28, 182 11 Danderyd, Tel.vx: 08-568 910 00.