



Sökande

Personnummer		Namn			
Gatuadress		Postadress		Antal tr?	Hiss?
Telefon hem	Telefon övrigt		E-postadress		

Framresa

Från gata, ort				Fligtnummer	
Till gata, ort					
Datum	Önskad avresetid	Senast framme	Telefon där resan kan bekräftas		

Återresan

Från gata, ort				Fligtnummer	
Till gata, ort					
Datum	Önskad avresetid	Senast framme	Telefon där resan kan bekräftas		

Beskriv det funktionshinder som påverkar Din möjlighet att resa självständigt med allmänna kommunikationer

--

Övriga önskemål angående resan

--

Var god vänd!

Färdmedel

<input type="checkbox"/> Tåg	<input type="checkbox"/> Tåg med ledsagare	<input type="checkbox"/> Flyg	<input type="checkbox"/> Flyg med ledsagare	
<input type="checkbox"/> Buss	<input type="checkbox"/> Buss med ledsagare	<input type="checkbox"/> Båt	<input type="checkbox"/> Båt med ledsagare	
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp vid av- och påstigning, sk. ledsagarservice				
<input type="checkbox"/> Jag behöver anslutningsresa till:	<input type="checkbox"/> Tåg	<input type="checkbox"/> Flyg	<input type="checkbox"/> Buss	<input type="checkbox"/> Båt
<input type="checkbox"/> Personbil baksäte	<input type="checkbox"/> Personbil framsäte			
<input type="checkbox"/> Specialfordon	<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp, under resan, i fordonet			
<input type="checkbox"/> Jag behöver färdas i rullstol under resan				

Motivera varför Du sökt angivet färdmedel:

Innehar CSN / SFS-kort Ja Nej

Hjälpmedel, som ska vara med på resan

<input type="checkbox"/> Rullator	<input type="checkbox"/> Hopfällbar rullstol	<input type="checkbox"/> Ej hopfällbar rullstol
<input type="checkbox"/> Elrullstol	<input type="checkbox"/> Permobil	
<input type="checkbox"/> Övrigt:		

Vid flyg- och tågresa, ange: vikt, längd, bredd och höjd på rullstol / permobil

Hjälpmedel	Vikt, kg	Längd, cm	Bredd, cm	Höjd, cm
------------	----------	-----------	-----------	----------

Ledsagare alt. Medresenär (medresenär betalar resan själv)

Efternamn	Förnamn	<input type="checkbox"/> ledsagare <input type="checkbox"/> medresenär
Efternamn	Förnamn	<input type="checkbox"/> ledsagare <input type="checkbox"/> medresenär
Medresenärens adress (krävs vid flyg och tågresa)		

Datum	Underskrift
Kontaktperson om annan än sökande	Telefon

" i samband med att du lämnar uppgifter på blanketten/ formuläret medger du att Älvkarleby kommun behandlar personuppgifter om dig enligt personuppgiftslagen (PUL). Enligt §§ 26 och 28 i samma lag har du rätt att på skriftlig begäran, få information om rättelse av de uppgifter som behandlas "

Insändes till: Älvkarleby kommun Vård- och omsorg, Box 4, 814 21 Skutskär.