



# MARIESTAD

ANSÖKAN TILLSTÅND FÖR  
RIKSFÄRD TJÄNST  
SIDA 1 AV 2

Personuppgifter	
Namn	Personnummer
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon bostad (även riktnr)
Postnummer och postort	Telefon arbete (även riktnr)

Ansökan avser	
<b>1. Enstaka resa</b> tur och retur      enkel	<b>2. Resor under en viss tid</b>
Tidsbegränsat tillstånd finns	Giltighet t.om. datum      Tillstånd nr.
Avresa från	till      datum
Senaste ankomsttid	
Återresa från	till      datum
Avser ansökan särskilt färdmedel?	
Tåg      Flyg      Taxi      Buss      Båt      Specialfordon	
i kombination med anslutningsresa i taxi eller specialfordon	
Hjälpmedel som måste tas med	
Manuell rullstol      Lätt elrullstol      Tung elrullstol	
Annat (ange vilket):	
Hjälp i samband med resa	
Ledsagare      Hjälps vid av- och påstigning      Övrigt (ange vad):	
Hjälp under resan (ange vilken):	

Förutsättningar och funktionshinder	
Funktionshinder	
Gångsvårigheter      Nedsatt syn      Nedsatt tal/hörsel      Orienteringsvårigheter	
Rullstolsburen      Sängbunden      Måste färdas i rullstol      Måste färdas liggande	
Annat (ange vilket):	

Skickas till

**KOMMUNLEDNINGSKONTORET**

**Postadress**  
Kyrkogatan 2  
542 86 MARIESTAD

**Besöksadress**  
Kyrkogatan 2  
MARIESTAD

**Telefon**  
0501 - 75 50 25

**Fax**  
0501 - 75 50 09

**Hemsida**  
www.mariestad.se

**E-postadress**  
irene.e.andersson@mariestad.se



<b>Resans ändamål</b>			
Rekreation	Fritidsverksamhet	Enskild angelägenhet	Tjänsteresa
Kompletterande information			
<b>Underskrift</b>			

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre behöver färdtjänst, kommer jag omgående att meddela färdtjänsten.

Jag lämnar mitt medgivande till att tas kontakt med, och att uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen inhämtas från, läkare som skriver utlåtande och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården, försäkringskassan eller bilregistret.

**Om medgivande till kontakt med läkare som skriver utlåtande eller en eller flera angivna myndigheter inte lämnas, kan dessa strykas.**

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen i personregister hos beställningscentral och hos transportföretag.

Skickas till

**KOMMUNLEDNINGSKONTORET**

**Postadress**  
Kyrkogatan 2  
542 86 MARIESTAD

**Besöksadress**  
Kyrkogatan 2  
MARIESTAD

**Telefon**  
0501 - 75 50 25

**Fax**  
0501 - 75 50 09

**Hemsida**  
www.mariestad.se

**E-postadress**  
irene.e.andersson@mariestad.se