



# 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	Hjälp 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

**Postadress**  
Trafikhandläggare  
542 86 MARIESTAD

**Besöksadress**  
Kyrkogatan 2  
MARIESTAD

**Telefon**  
0501-75 50 25  
0501-75 50 26

**Fax**  
0501 - 75 50 09

**Hemsida**  
www.mariestad.se

**E-post**  
info@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 gällande lagstiftning i personregister hos beställningscentral och hos transportföretag.

Skickas till

<b>Postadress</b> Trafikhandläggare 542 86 MARIESTAD	<b>Besöksadress</b> Kyrkogatan 2 MARIESTAD	<b>Telefon</b> 0501-75 50 25 0501-75 50 26	<b>Fax</b> 0501 - 75 50 09	<b>Hemsida</b> www.mariestad.se	<b>E-post</b> info@mariestad.se
--	--	--	-------------------------------	------------------------------------	------------------------------------