



Regionförbundet  
Jämtlands län

## Ansökan om riksfärdtjänst

Ansökan ska vara Regionförbundet tillhanda **senast 3 veckor** innan önskad avresedag.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Telefonnummer (inkl riktnr)
Postnummer	Ort	Kommun
Uppbär Lass (lagen om assistansersättning)		
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Antal timmar per vecka: _____		

<b>Syfte med resan</b>				
<b>Framresa</b>	Från: adress, ort			
	Till: adress, ort			
	Önskad avresa	Datum	Tid	Telefonnr där resan kan bekräftas
<b>Återresa</b>	Från: adress, ort			
	Till: adress, ort			
	Önskad återresa	Datum	Tid	Telefonnr där resan kan bekräftas
<b>Önskat färdmedel</b>	Tåg <input type="checkbox"/> Flyg <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bårtransport <input type="checkbox"/>			
	Anslutningsresa med:      Taxi <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bårtransport <input type="checkbox"/>			

<b>Medfört hjälpmedel</b>	Rollator, fällbar <input type="checkbox"/>	Rullstol, fällbar <input type="checkbox"/>	Lätt elrullstol < 50 kg <input type="checkbox"/>
	Rollator, ej fällbar <input type="checkbox"/>	Rullstol, ej fällbar <input type="checkbox"/>	Tung elrullstol > 50 kg <input type="checkbox"/>
	Mått på hjälpmedel		
	Längd:                      cm	Bredd:                      cm	Höjd:                      cm                      Vikt :                      kg
Batteri till elrullstol			
Torrcell/gelé <input type="checkbox"/> Vätcell/litium <input type="checkbox"/>			

<b>Ledsagare</b>	Förnamn	Efternamn	Personnummer
<b>Övrigt</b>	Tex biljetter till annan adress än resenärens, alt övriga skrymmande hjälpmedel m.m. <hr/>		

Beskriv ditt funktionshinder/diagnos
Beskriv på vilket sätt du har svårigheter att förflytta dig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationer

**Eventuell kontaktperson eller den som hjälpt till med ansökan**

Namn	Telefon

**Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.  
 Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter av betydelse för utredningen får inhämtas från intygsskrivande läkare och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan.**

**Jag lämnar också mitt medgivande till att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförandet av riksfärdtjänstresa får behandlas enligt personuppgiftslagen i personregister hos färdtjänsthandläggare, beställningscentral och transportföretag.**

Ort och datum	Underskrift

Fyll i blanketten noggrant. Länstrafiken i Jämtlands Län AB har fått i uppdrag att göra utredningarna utifrån vilka Regionförbundet Jämtlands län fattar beslut.  
 Vid frågor ring 063-554 13 32, 554 13 33, 554 13 34.

**Ansökan om riksfärdtjänst skickas till:**  
 Regionförbundet Jämtlands Län  
 c/o Länstrafiken Särskild kollektivtrafik  
 Hamngatan 14  
 831 34 ÖSTERSUND