Riksfärdtjänst - ansökan

Inkommen 11/10/2026

KLIPPANS KOMMUN

Personuppgifter		
	Förnamn	Efternamn
	Personnummer	
	Adress	
	Postnummer	Postort
	Mobiltelefon	
	E-post	

Jag lämnar mitt medgivande till att handläggare vid behov kontaktar person inom kommun, hälso- och sjukvård eller annan myndighet för att inhämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst-utredningen.

Jag är införstådd med att de uppgifter om mig som är nödvändiga för genomförandet av resan kan delas med det bolag som genomför transporten på uppdrag av Klippans kommun.

Vad är syftet med din resa?

Riksfärdtjänst - ansökan

Inkommen 11/10/2026

KLIPPANS KOMMUN

Utresa	
Från adress, ort	
Datum	Önskad avresetid
Till adress, ort	
Hemresa	
Från gata, ort	
Datum	Önskad avresetid
Till gata, ort	

Ev rabatter CSN, pensionär el annan
Har du någon speciell tid att passa på resmålet. Ange i så fall vilken:
Är du berättigad till några rabatter, till exempel för pensionärer eller studerande, ange vilken
Om du behöver hjälpmedel på resan uppge här vilka
Beskriv ditt/dina funktionsnedsättningar och på vilket sätt du behöver resa på ett särskilt kostsamt sätt.

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet

- ☐ Mindre än 6 månader
- ☐ 6-12 månader
- ☐ Mer än 12 månader
- ☐ Bestående
- ☐ Osäkert

Om du inte redan är beviljad färdtjänst och har lämnat in ett medicinskt utlåtande avseende färdtjänst behöver du här bifoga ett utlåtande till din ansökan

Riksfärdtjänst - ansökan

Inkommen 11/10/2026

KLIPPANS KOMMUN

Uppgifter om eventuell ledsagare

	Förnamn	Efternamn
	Personnummer	
	Adress	
	Postnummer	Postort
	Mobilnummer	
	E-post	

Uppgifter om eventuell medresenär

	Förnamn	Efternamn
	Personnummer	
	Adress	
	Postnummer	Postort
	Mobilnummer	
	E-post	

Övriga upplysningar med relevans för ansökan

Riksfärdtjänst - ansökan
Inkommen 11/10/2026

KLIPPANS KOMMUN

Godkännande

Datum			Namnförtydligande	
Underskrift				
Företrädare:			Telefon:	
Fullmakt	☐ Ja	☐ Nej	☐ God man	☐ Förvaltare

Försäkran, medgivande och underskrift

Jag försäkrar härmed att lämnade uppgifter är fullständiga och riktiga. Om det sker förändringar som påverkar min möjlighet att resa kommer jag omgående att meddela detta till kommunens färdtjänsthandläggare.

Jag lämnar mitt medgivande till att handläggare vid behov kontaktar person inom kommun, hälso- och sjukvård eller annan myndighet för att inhämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst-utredningen.

Jag är införstådd med att de uppgifter om mig som är nödvändiga för genomförandet av resan kan delas med det bolag som genomför transporten på uppdrag av Klippans kommun.

Sökandes underskrift
För sökande under 18 år krävs samtliga vårdnadshavares underskrift.
Om sökande företräds av god man/förvaltare ska kopia på förordnande bifogas.

Blanketten sänds till
Klippans kommun,
Trädgårdsgatan 12
264 80 Klippan