

**Personuppgifter**

|  |               |                           |
|--|---------------|---------------------------|
| Efternamn, Förnamn   |               | Personnummer (10 siffror) |
| Adress   | Postnummer    | Postadress                |
| Folkbokföringskommun   | Telefonnummer | E-postadress              |
| Om du bor i ett särskilt boende, uppge namn på avd:                |               | Telefon:                  |
| Vistas för närvarande på annan plats, t.ex. Visby lasarett/Korpen: |               | Telefon:                  |
| Kontaktperson/personal:  |               | Telefon:                  |

**Funktionsnedsättning**

5b[ Y' gnb ][ U' cW#Y' Yf' Xc' XU' Z' b\_h]cbgbYXg) Htb]b[ Uf:

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rörelsenedsättning/<br>gångsvårigheter | <input type="checkbox"/> Balanssvårigheter               | <input type="checkbox"/> Hjärt/kärlproblem | <input type="checkbox"/> =bH'Y' h' Y'' Z' b_h]cbgb<br>bYXg) Htb]b[ |
| <input type="checkbox"/> Synskada                               | <input type="checkbox"/> Psykisk<br>funktionsnedsättning | <input type="checkbox"/> Demenssjukdom     | <input type="checkbox"/> Nedsatt tal/hörsel                        |

Beskriv din funktionsnedsättning:

**5b] bXYf' g' \_UbXY' förflyttningg\ J`da YXY?**

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inga hjälpmedel | <input type="checkbox"/> En käpp                     | <input type="checkbox"/> Två käppar, kryckor el. dyl. | <input type="checkbox"/> Rollator inne | <input type="checkbox"/> Rollator i hY |
| <input type="checkbox"/> Rullstol        | <input type="checkbox"/> Elrullstol/scooter/permobil |   |  |  |

5b[ Y' a' €hd€' Yj' Ybh' Y'' fi' `gtr:

@] b[ X' ..... a' YHf' ..... 6fYXX' ..... a' YHf' ..... <" X' ..... a' YHf'

**Ansökan avser Riksfärdtjänstresa enligt följande**

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| <b>FRAMRESA</b><br>Datum:     | Från gata, ort |
| Telefonnr till vistelseadress | Till gata, ort |
| <b>ÅTERRESA</b><br>Datum:     | Från gata, ort |
| Telefonnr till vistelseadress | Till gata, ort |

**Jag planerar att resa på följande sätt**

|  |                               |   |  |  |   |
|--|-------------------------------|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Båt   | <input type="checkbox"/> Flyg | <input type="checkbox"/> Tåg  | <input type="checkbox"/> Taxi  | <input type="checkbox"/> Specialfordon | <input type="checkbox"/> Öi gg'a YX`YXgU[ UFY |
| Min resa fördyras på grund av att jag har en stor och varaktig funktionsnedsättning?                         |                               |   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   |                               |   |  |  |   |
| Om ni svarat ja på föregående fråga, beror detta på följande:  |                               |   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ledsagare måste medfölja på resa med tåg  |                               | <input type="checkbox"/> Ledsagare måste medfölja på resa med färja |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ledsagare måste medfölja på resa med flyg   |                               | <input type="checkbox"/> Jag måste resa med taxi                    |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ledsagare måste medfölja vid resa med taxi  |                               |   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Jag måste resa med specialfordon då jag behöver sitta kvar i rullstolen under resan |                               |   | <input type="checkbox"/> Ledsagare måste medfölja vid resa med specialfordon |  |   |
| Kompletterande information, eventuellt hjälpbehov för resans genomförande:                                   |                               |   |  |  |   |
|  |                               |   |  |  |   |

**God man/förvaltare**

|  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> God man   | <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> Annan/anhörig |
| Namn   |                                     | Telefon                                 |  |
| Adress   |                                     | Postnummer                              | Postadress                             |
| Har du behov av tolk vid besök med färdtjänsthandläggare?                |                                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ja, dövtolk <input type="checkbox"/> Ja, språk: |                                     |   |  |

**Underskrifter**

|   |
|---|
| Datum:  |
| Underskrift av sökanden, god man eller nära anhörig |
|   |
| Namnförtydligande:                                  |

Ovanstående personuppgifter kommer att lagras och behandlas hos Region Gotland enligt Dataskyddsförordning (GDPR).

Laglig grund: Avtal ska kunna fullgöras med den registrerade.

För mer information om hur Region Gotland behandlar personuppgifter, se [www.gotland.se/personuppgifter](http://www.gotland.se/personuppgifter)

**Tänk på att:**

- Ansökan om riksfärdtjänst måste göras minst en månad före planerad resa.
- Resa med tåg, färja och flyg utan ledsagare betraktas inte som en resa på ett särskilt kostsamt sätt och därmed föreligger inte rätt till riksfärdtjänst.
- Har du frågor, ring 0498-26 90 00.

**Inskickas till:** Färdtjänsthandläggare  
Teknikförvaltningen  
621 81 Visby