



För ansökan om tillstånd för färdtjänst för rörelsehindrad  
(skrives med maskin eller textas)

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnummer och postadress	Civilstånd <input type="checkbox"/> Og <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Änk	Utredare

<b>DIAGNOS</b>	<input type="checkbox"/> Medicinsk orsak <input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Åldersorsak
Sjukdomens namn. Där icke särskilda skäl finns Anges sjukdomen även på svenska. Beskriv sökandes tillstånd och Ange var i rörelsehindret och förflyttningssvårigheterna består.	
Rörelsehindret uppstod år	Rörelsehindret kan anses <input type="checkbox"/> Varaktigt <input type="checkbox"/> ej varaktigt <input type="checkbox"/> prognos osäker

Har sökande synnerliga svårigheter att utnyttja kollektiva transportmedel  
 Ja  Nej  Under hela året  Under vinterhalvåret

Särskilda omständigheter som styrker behov av färdtjänst

Läkarens underskrift och namnförtydligande

\_\_\_\_\_