

**Personuppgifter**

Namn		Personnummer	
Adress		Postadress	
Telefon bostad (även riktnr)		Telefon mobil	

Ansökan om enstaka resa

Framresa från gata, ort			Flightnr
Framresa till gata, ort			
Önskad avresetid:	Datum	Klockan	Telefonnr där resan kan bekräftas (även riktnr)
Återresa från gata, ort			Flightnr
Återresa till gata, ort			
Önskad avresetid:	Datum	Klockan	Telefonnr där resan kan bekräftas (även riktnr)

Ansökan om generellt tillstånd (Bokas av resenären själv, efter beviljat tillstånd)

Resa till följande ort/orter

Funktionshinder (Art och omfattning, läkarintyg ska lämnas på begäran)

Ange synliga och/eller dolda funktionshinder
--

Nuvarande färd sätt

<input type="checkbox"/> Jag åker buss på egen hand
<input type="checkbox"/> Jag åker tåg på egen hand
<input type="checkbox"/> Jag kan endast resa med buss eller tåg, om någon person följer med och hjälper mig
<input type="checkbox"/> Jag kan inte alls resa med allmänna kommunikationer
Ange orsaken till att du inte kan åka med andra klass tåg eller buss på egen hand, med den hjälp transportföretaget kan ge

Syftet med resan

Uppgifterna ska kunna styrkas på begäran	Arvode, lön eller ersättning utgår
<input type="checkbox"/> Fritidsändamål <input type="checkbox"/> Tjänsteresa	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Vård och behandling <input type="checkbox"/> Förtroendeuppdrag/Föreningsverksamhet	Ersättning för reseutlägg utgår
<input type="checkbox"/> Rekreation <input type="checkbox"/> Annat, ange vad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Medfört hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel <input type="checkbox"/> Rollator, fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar <input type="checkbox"/> Lätt elrullstol (< 50 kg)	
<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor <input type="checkbox"/> Rollator, ej fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar <input type="checkbox"/> Tung elrullstol (> 50 kg)	
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket	
Mått på elrullstol	Batteri till elrullstol
Längd:cm Bredd:cm Höjd:cm Vikt:kg	<input type="checkbox"/> Torrcell/gelé
Överstiger totalvikten för dig och rullstolen 225 kg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Våtcell/litium

Önskemål om färd sätt (Med hänsyn till funktionshindrets svårighetsgrad, beviljas det färdmedel som ger lägst kostnad för kommunen. I första hand beviljas resan med kollektiva färdmedel.)

Jag <u>kan</u> resa med
<input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Flyg <input type="checkbox"/> Bil
<input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Båt <input type="checkbox"/> Specialfordon
Om jag får anslutningsresa med
<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Annat, ange vad

Hjälpbehov under resan

 (Hjälpbehovet ska vara knutet till själva resan och inte till vistelsen på resmålet)

Ansöker om ledsagare	Jag behöver hjälp av chauffören att ta mig till och från bilen/fordonet
<input type="checkbox"/> Ja, ange antal..... <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange hjälpbehovet under resan	

Ledsagare och medresenär

Namn	Födelsenr (år, mån, dag)	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär
Adress	Postadress	
Namn	Födelsenr (år, mån, dag)	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär
Adress	Postadress	
Övrigt		

Underskrift

Alla uppgifter är sekretesskyddade. För att kunna behandla din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras. För fullständig information se www.uddevalla.se/personuppgifter.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller Försäkringskassan om så behövs.

Ort och datum	Sökandes underskrift
Behjälplig med ansökan	Telefon (även riktnr)

Skicka ansökan till: Uddevalla kommun, Socialtjänsten, Administrationen vuxen och funktionshinder, Kilbäcksgatan 26, 451 81 Uddevalla