

ANSÖKAN om undantag från samplanerat resande inom Färdtjänsten

OBS! Ska endast användas för sökanden, som har färdtjänstillstånd!

	Årtal	Månad	Dag	Nummer
Sökandens personnummer				—
Efternamn, förnamn				
Postadress			ant trappor	_____
			hiss finns	<input type="checkbox"/>
Om box eller postlåda, ange även gatuadress				
Postnr		Postort		
Telefonnummer				

OBS! Med denna ansökan måste läkarintyg om undantag från samplanerat resande bifogas.

Ange varför det är omöjligt för dig att färdas tillsammans med annan resenär vid färdtjänstresa:

Skulle du kunna samåka, om du hade ledsagare med dig? Ja Nej

Motivera:

SÖKANDENS UNDERSKRIFT

Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre är i behov av undantag från samplanerat resande, kommer jag omgående att meddela detta till Färdtjänsten.

Datum

Sökandens underskrift

Ansökan sänds tillsammans med läkarintyget till: Färdtjänsten, Box 30103, 104 25 Stockholm