



Färdtjänst
 Färdtjänst med ledsagare
 Ledsagare
 Arbetsresor

P-nr:
 Namn:
 Adress:
 Postnr ort:.....

Sjukdomar/funktionsnedsättning

.....

Hjälpmedel vid förflyttning

.....

Fordon

Taxi
 Taxi/Spec fordon
 Specialfordon
 Bårbil
 Specialtillstånd

Ledsagare

Ja
 Nej

.....
 Godkännande/underskrift

.....
 Godman/förvaltare/närmast anhörig

BESLUT (ifylles av färdtjänsthandläggaren)

Beslut enl 6 – 7 §§ Färdtjänstlagen

Beslut tillsvidare Beslutet är tidsbegränsat t o m:
 Omprövning kan ske under förändrade förhållanden

Arbetsresor	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Ledsagare enligt 8 § Färdtjänstlagen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Specialtillstånd enligt 6 – 7 §§ Färdtjänstlagen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>
Bärhjälp enl 4 kap2§ Socialtjänstlagen	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>

Datum:

.....
 Beslutsfattarens namnteckning

Telefon: