



Ansökan om färdtjänst

Den sökandes personuppgifter

Namn		Personnummer	
Postadress			
Telefonnummer		E-postadress	
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Anhörig

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Funktionshinder och hur det påverkar min förmåga att använda mig av kollektivtrafik

--

Utlåtande från legitimerad vårdpersonal (läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut eller fysioterapeut) ska bifogas ansökan.

<input type="checkbox"/> Personbil	<input type="checkbox"/> Specialfordon
------------------------------------	--

Namnteckning (är sökande under 18 år ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan)

Datum	Underskrift sökande
Datum	Underskrift vårdnadshavare
Datum	Underskrift vårdnadshavare

Vänersborgs kommun hanterar personuppgifter enligt GDPR: www.vanersborg.se/personuppgifter.

ANSÖKAN SKICKAS TILL
Vänersborgs kommun
Biståndsenheten
462 85 Vänersborg