



**MELLERUDS
KOMMUN**

Läkarintyg för färdtjänst
Utskriftsdatum

.....

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

Förnamn		Efternamn		Personnummer	
Adress				Telefonnummer	
Postnummer och postadress			Civilstånd		Utredare
.....			Gift	Ogift	
.....					
DIAGNOS		<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 vari 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Under hela året <input type="checkbox"/> Under vinterhalvåret					
Särskilda omständigheter som styrker behov av färdtjänst					
.....					

Läkarens underskrift och namnförtydligande

.....

Kommunstyrelsekontoret
Medborgarkontoret

Postadress: 464 80 MELLERUD · Besökadress: Storgatan 13
Tfn: 0530-189 00 · Fax: 0530-181 01
E-post: kommunen@mellerud.se · Hemsida: www.mellerud.se
Bankgiro: 533-7233 · Postgiro: 11 74 40-8 · Orgnr: 212 000-1488