

Ansökan om ändring av befintligt färdtjänstillstånd

Ansökan avser (kryssa) Specialfordon.... Ledsagare.... Annat..... vad:.....

Mitt nuvarande tillstånd gäller t o m.....

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress		Telefonnummer (inkl riktnr)
Postnummer	Ort	Kommun

Ev god man/förvaltare eller vårdnadshavare	Telefonnummer (inkl riktnummer)
Adress	Postnummer och postort

Ev kontaktperson eller den som hjälp till med ansökan	Telefonnummer

Beskriv orsaken till varför du anser att ditt nuvarande färdtjänstillstånd behöver ändras



Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.

Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter av betydelse för utredningen får inhämtas från intygsskrivande läkare och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan.

Ort och datum	Underskrift

OBS Ansökan måste undertecknas

Vid frågor ring Kundcenter 063-14 30 00

Ansökan sändes till:

Östersunds kommun
Teknisk förvaltning
Färdtjänst
831 82 Östersund