

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Gata, box		Telefon (även riktnummer)
Postnummer	Ort	Mobiltelefon

Medför hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Rollator, fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar <input type="checkbox"/> Elrullstol/Permobil <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> Rollator, ej fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar <input type="checkbox"/> Extra stor rullstol			
	Mått på rullstol Höjd _____ cm Bredd _____ cm Djup _____ cm Vikt _____ kg			Batteri till elrullstol <input type="checkbox"/> Torrcell/gelé <input type="checkbox"/> Vätcell/litium
Framresa	Från gata, ort			
	Till gata, ort			
	Önskad avresetid	Datum	Klockan	Tfn där resenären kan nås
Återresa	Från gata, ort			
	Till gata, ort			
	Önskad avresetid	Datum	Klockan	Tfn där resenären kan nås

Behov av extrahjälp	Hjälp vid på- och avstigning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hämtas/lämnas inne <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bår behövs <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ledsagare/ medresenär	Efternamn	Förnamn	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär
Ändamålet med resan	_____		
Övriga upplysningar	_____		

Sökandes underskrift	Datum	Namnsteckning
-------------------------	-------	---------------

Ansökan insändes till: X-trafik, Box 125, 826 23 Söderhamn