

**Korsnäs kommun**Strandvägen 4323  
66200 KORSNÄS

tel. 06-3479 111

fax 06-3479 190

**Vård- och omsorgsnämnden****ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST ÅR 2016**

<b>Namn:</b> _____	<b>Födelseid:</b> _____
<b>Adress:</b> _____ _____	<b>Hemort:</b> Korsnäs
<b>Telefon:</b> _____	<b>Yrke:</b> _____
<b>Invaliditetens art:</b>	
<b>Invaliditetsprocent</b> (om sådan finns fastställd):	
<b>Rörelseförmåga</b> ( ex användning av hjälpmedel så som rullstol, protes, käpp, kryckor etc.):	
<b>Eventuella tilläggsuppgifter</b> (för vilka resor Ni skulle önska transportservice):	
<b>Datum</b>	<b>Sökandes underskrift</b>
_____	_____
<b>Bilaga läkarutlåtande:</b>	
<b>Tjänsteinnehavarens beslut §</b>	
Datum för delgivning:	
Yrkande på ändring av tjänsteinnehavares beslut: Den som är missnöjd med tjänsteinnehavares beslut har rätt att få beslutet hänskjutet till organet för behandling, om vederbörande senast inom trettio (30) dagar från delfåendet det fordrar. Vid beräkandet av tiden skall dagen för delgivningen inte medräknas. Yrkande på att få ärendet hänskjutet till organet för behandling görs skriftligt. Med myndighetens samtycke kan yrkandet göras muntligt. Yrkandet kan även sändas per post. Ändringsansökan riktas till: Korsnäs kommun, Vård- och omsorgsnämnden, Strandvägen 4323, 66200 Korsnäs.	