

Denna ansökan lämnas eller skickas till försäkringskassan.  
Läkarutlåtande blankett "FKF 3222" ska bifogas.

Innan du fyller i blanketten bör du först läsa broschyren "Bidrag till bil för handikappade".  
Om du söker inkomstprövat anskaffningsbidrag måste ansökan kompletteras med inkomstuppgifter på blankett FKF 3066 B.

**1. Sökande (ska stå som registrerad ägare för bilen)**

Efternamn och förnamn	Personnummer (år, mån, dag och nr)
Utdelningsadress, postnummer och postort	Telefonnummer dagtid (även riktnr)

**2. Arbetsgivare m.m.**

Yrke/Sysselsättning
Arbetsgivarens namn
Arbetsplatsens adress

**3. Barn som ansökan avser – se grupp 4 eller 5 i broschyren**

Besvaras endast om ansökan görs med anledning av barn	Efternamn och förnamn	Personnummer (år, mån, dag och nr)
	Vistas barnet på institution eller elevhem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hur ofta vistas barnet med familjen?

**4. Ansökan avser**

<input type="checkbox"/> Grundbidrag till	<input type="checkbox"/> Inkomstprövat anskaffningsbidrag, komplettera med uppgifter på blankett FKF 3066 B	<input type="checkbox"/> Anpassningsbidrag	<input type="checkbox"/> Körkortsutbildning
<input type="checkbox"/> bil	<input type="checkbox"/> motorcykel	<input type="checkbox"/> moped	

**5. Tidigare bidrag**

Har du tidigare fått bidrag av länsarbetsnämnd eller försäkringskassa för köp av motorfordon	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	datum för beslut
--	--	------------------

**6. Körkort**

Har du körkort (svenskt, giltigt)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	eventuella villkor för körkortet
Har du körkortstillstånd	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	eventuella villkor för körkortstillståndet

**7. Funktionshinder hos den sökande/barn (Läkarutlåtande bifogas)**

Beskriv funktionshindret
Använder du/barnet protes, kryckor, rullstol eller andra hjälpmedel? Ange vilka

## 7. Funktionshinder - forts

Beskriv dina eller barnets och familjens förflyttningssvårigheter orsakade av **medicinska skäl** så noga som möjligt

Hur lång sträcka kan du/barnet gå?

Beskriv svårigheterna att anlita allmänna kommunikationer av **medicinska skäl**

Hur reser du/barnet nu (vid ansökningstillfället)?

## 8. Jag anser att jag har följande behov av utrustning, hjälpmedel m.m.

Behovet av utrustning ska vara medicinskt eller tekniskt styrkt.

Försäkringskassan begär i allmänhet in ett tekniskt yttrande från Vägverket vid utredning av dina eller familjens behov av utrustning, hjälpmedel m.m. Vägverket brukar ha önskemål om att få kopia av försäkringskassans utredning och det medicinska underlaget.

Lämnar du ditt medgivande till detta?  Ja  Nej

## 9. Underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter om faktiska förhållanden jag lämnat i denna blankett är fullständiga och sanningsenliga

**Sökandens underskrift**

.....  
(Telefonnummer dagtid, även riktnr)

.....  
(Datum)

.....  
(Namnteckning)

.....  
(E-postadress)