



Socialförvaltningen

RIKSFÄRDTJÄNST

Riksfärdtjänst är ersättning för reskostnad för den som på grund av stor och varaktig funktionsnedsättning måste resa på ett särskilt kostsamt sätt.

Resan görs med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare eller med ett för ändamålet särskilt anpassat fordon eller personbil.

Ändamålet med resan är rekreation eller fritidsverksamhet eller annan enskild angelägenhet av fritidskaraktär. Resenären betalar en egenavgift enligt fastställd taxa.

Ansökan om riksfärdtjänstresa ska inkomma till kommunens biståndshandläggare senast **sex veckor** före resans påbörjande. I samband med storhelger kan tillgången till transportmedel vara begränsad. Ansökan ska vid behov kompletteras med läkarintyg eller annat som styrker funktionsnedsättningens art och varför det uppstår merkostnader vid resor.

Vid nyansökan eller om den sökande ej är aktuell hos kommunen kan det bli aktuellt med ett hembesök som görs av en biståndshandläggare. Handläggarna har utredningstid men utreder skyndsamt.

Resan kan komma att samordnas och tid för avresa och återresa kan komma att ändras av riksfärdtjänsten om det inte föreligger särskilda behov.

Sent inkomna ansökningar kan komma att avskrivas utan att en behovsprövning görs.

PERSONUPPGIFTER

| | |
|--------------------|---------------------------------|
| Namn | Personnummer (12 siffror) |
| Adress | Telefonnummer |
| Postnummer och ort | Jag har färdtjänst (inom länet) |
| E-postadress | |

AVRESA

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Avresa från | Bekräfta på telefonnummer |
| Till | |
| Önskad avresedag (ÅÅ-MM-DD) | Önskad avresetid |

ÅTERRESA

| | |
|-----------------------------|---------------------------|
| Återresa från | Bekräfta på telefonnummer |
| Till | |
| Önskad avresedag (ÅÅ-MM-DD) | Önskad avresetid |



RESANS ÄNDAMÅL

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rekreation | <input type="checkbox"/> Fritidsverksamhet | <input type="checkbox"/> Enskild angelägenhet |
| Kompletterade information | | |

FÖRUTSÄTTNINGAR OCH FUNKTIONSHINDER

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gångsvårigheter | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn | <input type="checkbox"/> Nedsatt tal/hörsel | <input type="checkbox"/> Orienteringsvårigheter |
| <input type="checkbox"/> Rullstolsbunden | <input type="checkbox"/> Sängbunden | <input type="checkbox"/> Måste färdas i rullstol | <input type="checkbox"/> Måste färdas liggande |
| <input type="checkbox"/> Annat, ange vad | | | |

HJÄLPBEHOV UNDER RESAN

| | | |
|------------------------------|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, beskriv utförligt ditt behov av hjälp under resan | |
| Namn på ledsagare | | Födelsedatum (ÅÅ-MM-DD) |

MERKOSTNAD

Beskriv på vilket sätt du får merkostnader för resan (i förhållande till normala reskostnader)

HJÄLPMEDEL SOM SKA TAS MED PÅ RESAN

| | | | |
|---|--|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Käpp/krycka | <input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar | <input type="checkbox"/> Service-/ledarhund | |
| <input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar | <input type="checkbox"/> Rullator, fällbar | <input type="checkbox"/> Rullator, ej fällbar | |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad? | | | |
| Mått på rullstol, ej fällbar | | | |
| Längd: _____ cm | Bredd: _____ cm | Höjd: _____ cm | Vikt: _____ kg |
| Batteri till el-rullstol | | | |
| <input type="checkbox"/> Torrcell/gelébatteri | <input type="checkbox"/> Våtcell/litiumbatteri | | |



ÖVRIGT

| |
|--|
| |
|--|

FÖRSÄKRAN SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är fullständiga och sanningsenliga. Jag vet om att jag är skyldig att omgående meddela kommunen ändrade förhållanden som kan påverka mitt beslut.

Jag samtycker till att Salems kommun får dokumentera, bearbeta och arkivera den information som samlas in på denna blankett.

Jag är informerad om att kommunen kan hämta uppgifter från Skatteverket, Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.

Dina personuppgifter kommer att registreras i kommunens datasystem i enlighet med GDPR.

Läs mer på kommunens hemsida om hur vi hanterar dina personuppgifter

<https://www.salem.se/omsorg--hjalp/personuppgifter/>

Sökande namnteckning

Ort och datum

Namnförtydligande

FÖRETRÄDARE (kopia av förordnande/fullmakt ska bifogas)

| | |
|--|--------------------|
| God man/förvaltare/ombud/vårdnadshavare (för mindreårig) | |
| Adress | Postnummer och ort |
| E-postadress | Telefonnummer |

JAG HAR FÅTT HJÄLP ATT FYLLA I BLANKETTEN AV *

| | |
|-----------------------|---------------|
| Namn | |
| Relation till sökande | Telefonnummer |

* Kontakta tas alltid i första hand med den sökande