**ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST**



**Ansökan ska vara inkommen till färdtjänsthandläggare senast 21 dagar före avresa.**

**Ansökan om julresa ska vara inkommen till färdtjänsthandläggare senast den 21 november eller närmaste vardag efter.**

Skickas till:

Biståndsenheten/Färdtjänsten

Nibblesbackevägen 17

731 51 KÖPING

**Ansökan sker i den kommun där du är folkbokförd.**

**Vad är riksfärdtjänst? Vem kan bli beviljad riksfärdtjänst?**

Riksfärdtjänst är en kostnadsersättning för dig som på grund av stort och varaktigt funktionshinder har fördyrande kostnader i ditt resande. Riksfärdtjänst gäller för resor inom Sverige till resmål utanför färdtjänstområdet. Det är svårighetsgraden av ditt funktionshinder som avgör vilket färdmedel som får användas. I första hand används allmänna kommunikationer dvs. tåg, buss, båt eller flyg. Avsaknad av ledsagare eller avsaknad av allmänna kommunikationer viss sträcka eller tidpunkt är inte skäl att beviljas personbil eller specialfordon.

**Riksfärdtjänst är myndighetsutövning och de resesätt vi har att utreda är:** 1. Allmänna kommunikationer, 2:a klass tåg eller buss på egen hand. 2. Allmänna kommunikationer, 2:a klass tåg eller buss med ledsagare. 3. Resa med bil eller specialfordon. 4. Resa med bil eller specialfordon med ledsagare.

Ändamålet med resan ska vara rekreation eller fritidsverksamhet eller annan enskild angelägenhet av fritidskaraktär. Resan ska vara från en kommun till en annan.

**Ändring av restid** För att samordna resorna behöver avresetiden ibland ändras. För resor på avstånd upp till 20 mil kan avresetiden ändras inom en halvdag, för längre resor inom en heldag. I vissa fall kan även övernattning bli aktuell, som resenären själv ordnar. I samband med större helger kan större tidsförändringar krävas. Avsteg från reglerna kan göras med hänsyn till din funktionsnedsättning och ändamålet med resan.

**Ansökningsblankett / Intyg**  Det är viktigt att du med egna ord beskriver ditt stora och varaktiga funktionshinder som medför att du måste resa på ett särskilt kostsamt sätt. Första gången du ansöker om riksfärdtjänst kan du behöva komplettera ansökan med ett intyg från din läkare alternativt din sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator.

**Information** Har du frågor är du välkommen att kontakta handläggare **på telefon 0221-255 61.** . Du når oss säkrast mellan kl. 08:30 - 09:30.

**Ofullständigt ifylld blankett kan förlänga handläggningstiden**.

Ansökningar om riksfärdtjänst utreds av en handläggare hos den nämnd som utsetts att fatta beslut i dessa ärenden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personuppgifter sökande | | | |
| Efternamn | Förnamn | Personnummer | |
|  |  |  | |
| Adress | | Telefon dagtid | |
|  | |  | |
| Postadress | | Telefon kvällstid | |
|  | |  | |
| E-postadress | | Mobiltelefon | |
|  | |  | |
| Eventuell annan kontaktperson än sökande | | | Telefonnummer |
|  | | |  |

Företrädare:  God man  Förvaltare  Vårdnadshavare för minderårig

(Förordnande behövs för god man och förvaltare)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| För- och efternamn | | |
|  | | |
| Adress | Postnummer | Ort |
|  |  |  |
| E-post | | Telefonnummer |
|  | |  |

Syftet med resan

|  |
| --- |
|  |
|  |

Ansökan om återkommande resor

|  |
| --- |
| Jag avser göra **denna** resa |
| Flera gånger Endast 1 gång |

Hälsotillstånd/funktionsnedsättning

|  |
| --- |
|  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Balans | Hörsel | Kognitiv nedsättning | Lungor | | Gång | Rygg | Syn | Yrsel | | Hjärta | Psykisk funktionsnedsättning | Rörelse | Annat | |
| Beskriv ditt aktuella hälsotillstånd och din funktionsnedsättning |
|  |

Förskrivna hjälpmedel som är nödvändiga för genomförandet av resan

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Rollator, fällbar | Rullstol, fällbar | Lätt elrullstol (<50kg) |  | | Rollator, ej fällbar | Rullstol, ej fällbar | Tung elrullstol (>50kg) | Annat | |
|  |
|  |
| Mått på rullstol Längd:       Bredd:       Höjd:       Vikt: |

Medresenär eller behov av ledsagare\*)

|  |
| --- |
| Namn VID STORT HJÄLPBEHOV: |
| Medresenär Ledsagare |
| Namn VID STORT HJÄLPBEHOV: |
| Medresenär Ledsagare |
| Beskriv vad ledsagaren ska hjälpa dig med |

\*) Har du stort hjälpbehov under resan kan du ansöka om att ta med en ledsagare. Du ska inte klara av att resa med den service som normalt ges av trafikbolaget. Behovet ska vara knutet till själva resan i fordonet och inte till vistelsen vid resmålet. Du ska själv ordna ledsagare.

Färdsätt

|  |
| --- |
|  |
| Jag kan åka buss på egen hand  Jag kan åka 2:a klass tåg på egen hand  Jag kan endast resa med buss eller 2:a klass tåg, om någon person följer med och hjälper mig  Jag kan inte alls resa med allmänna kommunikationer, även om någon följer med på resan. |
| Riksfärdtjänst beviljas i första hand med tåg/buss med ledsagare.  Om du anser dig behöva annat färdmedel än allmänna kommunikationer, beskriv utförligt orsaken. |
|  |
|  |
| Vid resa med allmänt anpassat fordon (med bil eller specialfordon)  Jag kan åka sittande i bil  Jag kan flytta från rullstol till säte  Jag behöver sitta i min rullstol under resan (rullstolen ska vara godkänd att åka i) |

Framresa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Från gata, ort | | | Ev. flightnummer |
|  | | |  |
| Till gata, ort | | | |
|  | | | |
|  | Datum | Klockan | Telefonnummer där resan kan bekräftas |
| Önskad avresedatum-/tid: |  |  |  |

Återresa

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Från gata, ort | | | Ev. flightnummer |
|  | | |  |
| Till gata, ort | | | |
|  | | | |
|  | Datum | Klockan | Telefonnummer där resan kan bekräftas |
| Önskad avresedatum-/tid: |  |  |  |

Kompletterande uppgifter till ansökan

|  |  |
| --- | --- |
| Fritext | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Finns behov av tolk?  Ja, ange språk        Nej | Bifogas intyg från läkare eller fysioterapeut? \*  Ja  Nej |
|  |  |

\* Saknar vi tidigare underlag från dig, bifoga gärna ett intyg från läkare eller fysioterapeut som styrker ditt funktionshinder.

Intyget ska innehålla uppgifter om funktionshindrets inverkan på din förmåga att resa med allmänna kommunikationer, funktionshindrets omfattning och varaktighet samt den professionelles uppfattning om behovet av riksfärdtjänst. Intyget är en del i beslutsunderlaget, men berättigar i sig inte ett riksfärdtjänsttillstånd.

Samtycke

|  |
| --- |
|  |
| Jag samtycker till att Vård och omsorgsförvaltningens färdtjänsthandläggare får inhämta information om mig hos biståndshandläggare, hemtjänstpersonal, arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska eller motsvarande inom Köpings kommun för att få kompletterande uppgifter.  Ja  Nej |
|  |

Sökandes underskrift

|  |  |
| --- | --- |
| Jag intygar härmed att den information jag lämnar är korrekt. Jag samtycker till att uppgifterna behandlas i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning och för det ändamål som ansökan gäller. Endast de uppgifter som är nödvändiga för att genomföra transporten lämnas vidare till trafikbolag som har i uppdrag att samordna resor. | |
|  | |
| Ort och datum |  |
| Underskrift | Underskrift (vid två vårdnadshavare) |
|  |  |
| Namnförtydligande | | Namnförtydligande |
|  | |  |

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i Köpings kommuns dataregister enligt dataskyddsförordningen.

För ytterligare information se Köpings kommuns hemsida.