

Ansökan ska vara inkommen till färdtjänst för handläggning senast fyra veckor före avresa.

Ansökan om julresa ska vara inkommen till färdtjänst senast den 2 november eller närmaste vardag efter.

Skickas till:

Länstrafiken Kronoberg  
Färdtjänst  
Videum  
351 96 VÄXJÖ

## ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST

Ansökan sker i den kommun där du är folkbokförd.

### Vad är riksfärdtjänst?

Riksfärdtjänst är kostnadsersättning för den som på grund av stor och varaktig funktionsnedsättning (minst sex månader) har fördyrade kostnader i resandet.

### Rätten till riksfärdtjänst

1. Man ansöker i den kommun där man är folkbokförd.
2. Sökanden har en stor och varaktig funktionsnedsättning som medför fördyrade reskostnader.
3. Ändamålet med resan är rekreation eller fritidsverksamhet eller annan enskild angelägenhet.
4. Resan görs inom Sverige från en kommun till en annan kommun.
5. Resan görs med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare, ett för ändamålet särskilt anpassat fordon eller personbil.
6. Resan inte av någon annan anledning bekostas av det allmänna.

### Ledsagare

Den som behöver hjälp under resa beviljas ledsagare.

### Beställning/avbeställning av resa

Beställning av resa ska göras hos Riksfärdtjänst, Serviceresor, telefon **0470-72 75 94**. Vid förhinder är sökanden skyldig att avbeställa sin resa hos Serviceresor.

### Egenavgift

Resenären betalar en avgift som motsvarar normala reskostnader med allmänna kommunikationer.

### Överklagande

Beslutet kan överklagas hos förvaltningsrätten. Se information i beslutet.

### Information

För att få kontakt med färdtjänsthandläggare, ring **0770 – 25 82 00**.

**Telefontid vardagar 08.00 – 10.00.**

# ANSÖKAN OM RIKSFÄRD TJÄNSTRESA

var god texta tydligt

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Bostadsadress		innehar CSN/SFS-kort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Postnummer och ort	Telefon (även riktnummer)	Mobil
Kontaktperson vid behov	Telefon (även riktnummer)	Mobil

## Medfört hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Rollator fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol fällbar	<input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Rollator ej fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol ej fällbar, storlek..... cm	
<input type="checkbox"/> Elrullstol	<input type="checkbox"/> Annat.....	

Mått på rullstol (gäller endast flyg) Batteri till elrullstol:  
Längd: ..... cm Bredd: .....cm Höjd: .....cm Vikt:.....kg  Torrcell / gelé  
 Våtcell / litium

## Framresa

Från gata, ort	
Till gata, ort	Telefon /mobil
<b>Önskad avresedag</b>	Datum

## Återresa

Från gata, ort	Telefon/mobil
Till gata, ort	
<b>Önskad avresedag</b>	Datum

## Ansökan om återkommande resor

Jag avser att göra motsvarande resa flera gånger under kommande 12 mån

Ja  ange antal gånger \_\_\_\_\_

## Resans ändamål


### Tid att passa

Tid att passa vid framkomst, klockan: .....

Orsak: Bröllop  Barndop  Begravning  Bokad lokal  Evenemang

Annat:.....

### Hälsotillstånd/funktionsnedsättning (varaktighet minst 6 mån)

Beskriv utförligt hälsotillstånd/funktionsnedsättning

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Resor med kollektivtrafik

Vilken hjälp behöver du för att kunna göra aktuell resa med tåg/buss?

.....

.....

.....

### Medresenär

Jag vill ha med en medresenär                      Nej                       Ja

Gäller endast vid beslut om resa med personbil/rampfordon. Medresenären betalar själv sin resa.

### Ledsagare (hjälp under resa)

Nej  Ja

Beskriv utförligt vilken hjälp du behöver under resa .....

.....

.....

.....

.....

Namn på ledsagare: .....

**Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.**

Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter av betydelse för utredningen inhämtas från annan myndighet, vård eller omsorg.

Jag vill inte att uppgifter av betydelse för utredningen inhämtas från annan myndighet, vård eller omsorg.

Ort och datum

Underskrift

**Jag har fått hjälp att fylla i blanketten av:**

Namn på den som hjälpt till med ansökan	Telefonnummer dagtid
Relation till sökanden	

**Företrädare (kopia av förordnande/fullmakt ska bifogas)**

God man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare (för minderårig)	
Utdelningsadress	Telefonnummer bostad
Postnummer och ort	Telefonnummer dagtid/mobiltelefon

**OBS! Hela blanketten skall fyllas i.**

**INFORMATION**

Insamlade personuppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om insatser. Uppgifterna behandlas i datamedia.