



Socialförvaltningen

ANSÖKAN OM RIKSFÄRD TJÄNSTRESA

RIKSFÄRD TJÄNST

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 6 veckor före** resans påbörjande. 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 krävs ett hembesök som görs av en biståndshandläggare. Handläggarna arbetar skyndsamt och har 14 dagars handläggningstid.

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

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av socialförvaltningen. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress (gata, box etc.)		Telefon
Postnummer och postort		Mobil
E-postadress		Jag har färdtjänst (inom länet)

AVRESA

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

ÅTERRESA

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

RESANS ÄNDAMÅL

<input type="checkbox"/> Rekreation	<input type="checkbox"/> Fritidsverksamhet	<input type="checkbox"/> Enskild angelägenhet
Kompletterande information		

POSTADRESS
Salems kommun
Socialförvaltningen
144 80 Rönninge

BESÖKSADRESS
Säby torg 16

TELEFON
08 -532 598 00

E-POST
social@salem.se
HEMSIDA
www.salem.se

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"/> Rullstolsburen	<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 RESA

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

MERKOSTNAD

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

HJÄLPMEDEL SOM SKA TAS MED PÅ RESAN

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

POSTADRESS
Salems kommun
Socialförvaltningen
144 80 Rönninge

BESÖKSADRESS
Säby torg 16

TELEFON
08 -532 598 00

E-POST
social@salem.se
HEMSIDA
www.salem.se

ÖVRIGT

--

NAMNTECKNING

Ort och datum	
Namn-teckning	Namnförtydligande

FÖRETRÄDARE (kopia av förordnade/fullmakt ska bifogas)

God man/förvaltare/ombud/vårdnadshavare (för minderårig)	
Adress	Telefon
Postnummer och postort	Mobil
E-post	

JAG HAR FÅTT HJÄLP ATT FYLLA I BLANKETTEN AV*

Namn	
Relation till sökanden	Telefon

*Kontakt tas alltid i första hand med den sökande

POSTADRESS
Salem kommun
Socialförvaltningen
144 80 Rönninge

BESÖKSADRESS
Säby torg 16

TELEFON
08 -532 598 00

E-POST
social@salem.se
HEMSIDA
www.salem.se