

Ansökan om riksfärdtjänst

Riksfärdtjänst

Riksfärdtjänst är en ersättning som kan beviljas den som till följd av stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt. Riksfärdtjänst regleras genom Lag (1997:735) om riksfärdtjänst. Ansökan om riksfärdtjänst görs inför varje planerad resa. Riksfärdtjänst beviljas inte för resa som kan göras med färdtjänst. Funktionshindrets varaktighet ska beräknas vara minst sex månader. Resans ändamål ska vara rekreation, fritidsverksamhet eller annan enskild angelägenhet. Resan görs inom Sverige från en kommun till en annan. Resan får inte bekostas av det allmänna. Tillstånd till riksfärdtjänst får förenas med föreskrifter om färdtjänst.

I första hand görs en bedömning om resan kan genomföras med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare. Om det inte är möjligt kan resan beviljas med anpassat fordon eller med personbil.

Ledsagare

Ledsagare beviljas om du på grund av funktionshinder inte kan genomföra resa enbart med den hjälp och service som transportföretagen kostnadsfritt tillhandahåller. Behov av ledsagare ska vara knutet till själva resan och inte till vistelse på resmålet. Ledsagaren ska kunna erbjuda dig den hjälp som behövs för att du ska kunna genomföra resan. Observera att det är du själv som anlitar ledsagare.

Ansökan riksfärdtjänst

Ansökan ska vara RKM tillhanda senast tre veckor innan planerad avresa. Inför storhelger bör ansökan lämnas in tidigare. Om ansökan kommer in för sent eller är ofullständig kan det innebära att ditt ärende inte hinner handläggas innan planerad avresa.

Medicinskt utlåtande

Om ansökan behöver kompletteras med medicinskt utlåtande kan handläggare be dig inkomma med detta. Har du ett aktuellt medicinskt utlåtande kan du bifoga detta med ansökan.

Personuppgifter

| | |
|----------------------|----------------------|
| Namn | Personnummer |
| Folkbokföringsadress | Postnummer och ort |
| Telefonnummer | Folkbokföringskommun |

Företrädare

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> God man* | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 1 | <input type="checkbox"/> Annan, ange relation till sökande |
| <input type="checkbox"/> Förvaltare* | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2 | |
| Namn | Telefonnummer | |
| Namn | Telefonnummer | |
| Adress | Postnummer och ort | |

*Kopia av registerutdrag/fullmakt ska bifogas

Vid kontakt med dig gällande ansökan

| | | | | |
|------------------|----|-----|---------|--------------------------|
| Behöver du tolk? | Ja | Nej | Dövtolk | Om ja, ange vilket språk |
|------------------|----|-----|---------|--------------------------|

| | | | |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| Vem vill du helst att vi kontaktar? | Mig själv | Företrädare, enl ovan | Annan, ange nedan |
| Namn | | | Telefonnummer |

Ansökan avser

| | | |
|------------------|-----|--|
| Avresa från | | |
| Till | | |
| Önskad avresedag | Tid | Namn och telnr där resan kan bekräftas |

| | | |
|------------------|-----|--|
| Återresa från | | |
| Till | | |
| Önskad avresedag | Tid | Namn och telnr där resan kan bekräftas |

Resans ändamål

| |
|------------------------|
| Beskriv resans ändamål |
|------------------------|

Önskat färdmedel

| | | | | |
|------|-----|------|----------------|---------------|
| Buss | Tåg | Flyg | Taxi/Personbil | Specialfordon |
|------|-----|------|----------------|---------------|

Medfört hjälpmedel

| | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-------|------|------|
| Ange medfört hjälpmedel | Ange mått på rullstol | | | |
| | Längd | Bredd | Höjd | Vikt |

Beskrivning funktionshinder

| |
|------------------------------|
| Beskriv ditt funktionshinder |
|------------------------------|

Förmåga att resa med allmän kollektivtrafik

Vilket av nedanstående klarar du?

Kan resa självständigt med buss/tåg/flyg.

Kan resa med buss/tåg/flyg med hjälp av ledsagare.

Kan inte resa med buss/tåg/flyg även med hjälp av ledsagare.

Beskriv dina svårigheter att resa med allmän kollektivtrafik

Funktionshindrets varaktighet

< 6 mån

6–12 mån

> 12 mån

Bestående

Oklart/vet ej

Behov av ledsagare under resan

Behöver du hjälp av ledsagare i transportmedlet under resan?

Ja

Nej

Om ja, beskriv vilken hjälp du behöver och varför

Ange namn på ledsagare:

Övriga upplysningar**Underskrift**

| | |
|------------------------------|---------------------------------|
| Datum | Underskrift sökande/företrädare |
| Underskrift vårdnadshavare 1 | |
| Underskrift vårdnadshavare 2 | |

RKM hanterar alla personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen GDPR artikel 6 e och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Ansökan skickas till:Kollektivtrafikmyndigheten i Norrbotten
Kungsgatan 23B
972 31 Luleå**Kontakt:**Telefon: 0926-752 77, 10–12 helgfria vardagar
E-post: fardtjanst@rkmnorrbotten.se