

## ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST

### Vid frågor kontakta:

Telefon 0322-61 60 00  
E-post: vard.omsorg@alingsas.se

### Ansökan skickas till:

Alingsås Kommun  
Vård och omsorgsförvaltningen  
Kungsgatan 9  
441 30 Alingsås

### Ansökan bör vara oss tillhanda senast 20 arbetsdagar innan avresa

---

#### Riksfärdtjänst

Riksfärdtjänst är en ersättning för merkostnader för dig som på grund av ett stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt och regleras genom lag (1997:735) om riksfärdtjänst.

Resan ska göras inom Sverige, från en kommun till en annan. Ändamålet med resan skall vara rekreation, fritidsverksamhet eller annan enskild angelägenhet.

I första hand görs en bedömning om du klarar att genomföra resan med allmänna kommunikationer på egen hand alternativt med stöd av en ledsagare. Om detta inte är möjligt kan resan beviljas med personbil eller specialfordon

Om du har ett hjälpmedel i form av rullstol eller el-rullstol är det viktigt att du anger mått i ansökan. I de fall måttet på rullstolen överstiger godkända mått för allmänna kommunikationer kan ett intyg begäras in för att styrka detta. Det åligger dig som sökande att inkomma med begärt underlag.

#### Ledsagare

Du som har ett hjälpbehov under själva resan kan ansöka om tillstånd till ledsagare. Det åligger dig själv att anlita en ledsagare. Ledsagare beviljas under hela resa och reser utan kostnad för dig.

Att du är i behov av hjälp på resmålet är inte skäl till att beviljas ledsagare för riksfärdtjänst.

#### Medresenär

Du som har beviljats riksfärdtjänst med bil eller specialfordon har i samband med resa rätt att ta med en medresenär. Medresenären ska betala samma avgift som du gör för resan. Har du blivit beviljad riksfärdtjänst med tåg, flyg och/eller båt betalar och bokar medresenären sin egen biljett.

#### Egenavgift

Resenären betalar en egenavgift enligt fastställd taxa som beslutas av regeringen och anges i Förordning 1993:1148 om egenavgifter vid resor med riksfärdtjänst.

#### Medicinskt utlåtande

Vid behov av att styrka ditt funktionshinder kan ett utlåtande komma att begäras in av handläggaren.

**ANSÖKAN OM RIKSFÄRD TJÄNST****Vid frågor kontakta:**

Telefon: 0322-61 60 00  
 E-post: vard.omsorg@alingsas.se

**Ansökan skickas till:**

Alingsås Kommun  
 Vård och omsorgsförvaltningen  
 Kungsgatan 9  
 441 30 Alingsås

**Personuppgifter**

|  |                      |  |
|--|----------------------|--|
| Namn   |                      | Personnummer   |
| Gatuadress   |                      | E-postadress   |
| Postnummer och -ort  |                      | Telefonnummer  |
| Folkbokföringskommun   |                      |  |
| Behov av språktolk<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Om ja, vilket språk? | Behov av dövtolk<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

**God man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare**

Kopia på förordnande/fullmakt skall bifogas ansökan.

|                    |  |
|--------------------|--|
| Namn               | E-postadress   |
| Gatuadress         | Telefonnummer  |
| Postnummer och ort | Beslutet skickas till god man/förvaltare<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

**Anhörig eller annan person** (Om du som sökande vill att vi kontaktar en person i din närhet när ansökan behandlas kan du ange detta här. Personen ska ha god kännedom om ditt hälsotillstånd).

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

**Ändamålet med resan**

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

**Resa till följande ort/kommun**

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

**Ansökan avser följande antal resor och datum/period**

|  |                                 |                |
|--|---------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Enstaka resa<br><input type="checkbox"/> Återkommande resor | Datum framresa                  | Datum återresa |
| Antal enkelresor<br>(tur- och retur är 2 enkelresor)                                 | Alternativt, period för resorna |                |

**Behov av ledsagare under resan (Ledsagare beviljas inte för hjälp på resmålet)**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja, beskriv utförligt ditt hjälpbehov under resan: |
|   |
|   |
|   |
|   |

**Funktionsbeskrivning**

|                                |
|--------------------------------|
| Vilket funktionshinder har du? |
|                                |
|                                |
|                                |
|                                |
|                                |
|                                |
|                                |
|                                |

**Funktionshindrets beräknade varaktighet;**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> mindre än 6 månader <input type="checkbox"/> 6–12 månader <input type="checkbox"/> mer än 12 månader <input type="checkbox"/> bestående <input type="checkbox"/> osäkert |
|---|

## Hjälpmedel

Vilket/vilka hjälpmedel behöver du under resan.

- Inga hjälpmedel  
 Rollator, fällbar  
 Rollator, ej fällbar  
 Rullstol, fällbar  
 Rullstol, ej fällbar  
 El-rullstol  
 Servicehund (Bifoga intyg)  
 Annat, ange vad:

### Vad har din rullstol/el-rullstol för mått?

Längd \_\_\_\_\_ cm    Bredd \_\_\_\_\_ cm

Höjd \_\_\_\_\_ cm    Vikt \_\_\_\_\_ kg (inklusive resenär)

Batteri till el-rullstol:    Torrcell/Gelé     Våtcell/litium

## Trappgång

Jag kan gå i trappa själv

Jag kan gå i trappa med hjälp, vilken hjälp behöver du?

Jag kan inte gå i trappa, beskriv anledning:

## Allmänna kommunikationer (buss, tåg, flyg, båt)

Jag kan resa med allmänna kommunikationer på egen hand

Jag kan resa med allmänna kommunikationer med hjälp, vilken hjälp behöver du?

Jag kan inte resa med allmänna kommunikationer, beskriv orsak:

### Liggande transport

|  |
|--|
| Har du behov av liggande transport för att klara resan?<br><input type="checkbox"/> Nej<br><input type="checkbox"/> Ja |
| Om ja, beskriv orsak till behov av liggande transport  |
|  |
|  |

### Övriga upplysningar

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

**Genom att skriva under och skicka in ansökan intygar du på heder och samvete att de uppgifter som lämnats är riktiga i alla delar.**

Ni lämnar även ett medgivande till att handläggare vid behov får ta kontakt med kommun, hälso- och sjukvården eller annan myndighet för att inhämta information, i de fall det har betydelse för utredningen.

Observera att en ofullständig ansökan kan komma att skickas tillbaka för komplettering av uppgifter, detta leder till att väntetiden förlängs.

### Underskrift

För minderåriga krävs underskrift av samtliga vårdnadshavarna Om ansökan inte är underskriven av sökanden krävs en kopia på förordnande gällande förvaltarskap respektive fullmakt för god man eller ombud.

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Namnteckning                 |               |
| Namnförtydligande            | Ort och datum |
| Namnteckning                 |               |
| Namnförtydligande / Relation | Ort och datum |

Alingsås kommun registrerar och hanterar de personuppgifter du anger i din ansökan för att kunna handlägga ansökan enligt lag (1997:736) om färdtjänst. Alingsås kommun hanterar alla personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).