



ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST

Information om riksfärdtjänst

Resor med riksfärdtjänst beviljas med stöd av lagen om riksfärdtjänst, Lag om riksfärdtjänst (1997:735), för personer som **till följd av ett stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt.**

Ansökan om riksfärdtjänst ska vara Västra Gästriklands samhällsbyggnadsförvaltning i Sandvikens kommun tillhanda senast tre veckor före önskad avresa och vid större helger minst sex veckor före önskad avresa.

Färdtjänsthandläggare beslutar om färdstätt med beaktande av resenärens funktionshinder och tillgängligheten av transportform.

Det färdmedel som beviljas ska vara det som för kommunen medför den lägsta kostnaden vilket innebär följande:

1. **I första hand** används allmänna kommunikationer med ledsagare, dvs tåg, buss, båt eller flyg med hänsyn till resenärens funktionshinder.
2. **I andra hand** används allmänna kommunikationer i kombination med taxi eller specialfordon, med eller utan ledsagare beroende av funktionshinder.
3. **I tredje hand** används enbart taxi eller specialfordon, med eller utan ledsagare beroende av funktionshinder.

Annan prioritering kan göras om det för kommunen medför en lägre kostnad.

Om det bedöms att sökande inte behöver mer hjälp under resa än den service som SJ erbjuder, beviljas inte riksfärdtjänst.



ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Gata, box		Telefon (även riktnummer)
Postnummer	Ort	Innehar CSN/SFS-kort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Medför hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Rollator, fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar <input type="checkbox"/> Elrullstol/Permobil <input type="checkbox"/> Annat: <input type="checkbox"/> Rollator, ej fällbar <input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar <input type="checkbox"/> Extra stor rullstol _____		
	Mått på rullstol Höjd____cm Bredd____cm Djup____cm Vikt____kg		Batteri till elrullstol <input type="checkbox"/> Torrcell/gelé <input type="checkbox"/> Vätcell/litium
Framresa	Från gata, ort		
	Till gata, ort		
	Önskad avresetid	Datum	Klockan
Återresa	Från gata, ort		
	Till gata, ort		
	Önskad avresetid	Datum	Klockan

Behov av extrahjälp	Hjälp vid på- och avstigning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hämtas/lämnas inne <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bår behövs <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ledsagare/ medresenär	Efternamn	Förnamn	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär
Övriga upplysningar Ändamål med resa Funktionshinder som påverkar Din möjlighet att resa självständigt med allmänna kommunikationer			

Underskrift Sökande/företrädare	Datum	Namnsteckning
------------------------------------	-------	---------------

Ansökan insändes till: Sandvikens Kommun, Färdtjänst,
Västra Gästriklands samhällsbyggnadsförvaltningen, 811 80 SANDVIKEN