

# Ansökan om riksfärdtjänstresa

Personuppgifter som lämnas i denna handling eller denna e-tjänst behandlas av Skövde kommun för administration och andra åtgärder som behövs för fortsatt handläggning. Vi följer aktuell data-skyddslagstiftning. På vår webbplats kan du läsa mer om hur vi behandlar dina personuppgifter: [skovde.se/personuppgifter](http://skovde.se/personuppgifter)



Ansökan ska vara **inkommen senast 15 arbetsdagar innan önskat avresedatum**. I samband med storhelger och under sommaren kan handläggningstiden för riksfärdtjänst vara längre än normalt.

Efternamn		Förnamn			
Personnummer		E-postadress (krävs för bokning via Resenärsportalen)			
Gatuadress			Rabatter (t ex CSN-kort)		
Postnummer	Ort	Telefon		Mobil	
<b>Framresa</b> Önskad avresetid då t ex tåg/buss avgår, ej när resan går från hemmet.	Från gata, ort			Ev. flightnr	
	Till gata, ort				
	<b>Önskad avresetid</b>	Datum	Klockan	Telefonnr där resan kan bekräftas	
<b>Återresa</b> Önskad avresetid då t ex tåg/buss avgår, ej när resan går från hemmet.	Från gata, ort			Ev. flightnr	
	Till gata, ort				
	<b>Önskad avresetid</b>	Datum	Klockan	Telefonnr där resan kan bekräftas	
<b>Syfte med resan</b> T ex semester, dop					
<b>Medfört hjälpmedel</b> Viktigt att du fyller i mått och/eller andra avvikelser på rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator				
	<input type="checkbox"/> Rullstol (hopfällbar) <input type="checkbox"/> Rullstol (ej hopfällbar) <input type="checkbox"/> Elrullstol				
	Längd:..... cm    Bredd:..... cm    Höjd:..... cm				
	Sammanlagd vikt rullstol/elrullstol + resenär: ..... kg				
	Modell och fabrikat:.....				
<input type="checkbox"/> Annat:.....					

<b>Ledsagare</b> (avgiftsfritt) / <b>medresenär</b> (betalar avgift)	Efternamn	Förnamn	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär
	Efternamn	Förnamn	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär
	Medresenärens adress (krävs vid flyg-/tågresa)		
<b>Övrigt</b> Information som är väsentlig för resan			

<b>Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter inhämtas från, intygsskrivande sakkunnig och i förekommande fall tjänsteperson hos kommunen, hälso- och sjukvården eller Försäkringskassan, som har uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen.</b>			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta mig på egen hand eller använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst, kommer jag omgående att meddela kommunens färdtjänsthandläggare. <b>Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransport kan komma att behandlas enligt aktuell dataskyddslagstiftning i personregister hos transportföretag som utför färdtjänsttransporter.</b>				
<b>Sökandes underskrift</b>	Datum	Namnteckning		

Om du som söker inte har kommunalt färdtjänstillstånd måste även ett läkarutlåtande för riksfärdtjänst bifogas.

**Ansökan skickas till: Skövde kommun  
Sektor samhällsbyggnad, Färdtjänst  
541 83 Skövde**