



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Sida
1(1)

Vid frågor kontakta:
Telefon 0243-31 81 60
E-post: fardtjanst@dalatrafik.se

Ansökan skickas till:
Landstinget Dalarna
Kollektivtrafikförvaltningen, Färdtjänst
Box 10015
781 10 Borlänge

Vad är färdtjänst?

Färdtjänst är en del av kollektivtrafiken för den som på grund av funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta sig och/eller resa med allmänna kommunikationer.

Vem kan få färdtjänst?

Den som söker färdtjänst via Färdtjänsten Dalarna måste vara folkbokförd i den kommun där man bor.

Den sökande ska ha funktionsnedsättning som beräknas vara i **minst tre månader**. Det är funktionsnedsättningens omfattning som avgör om du har rätt till färdtjänst. Färdtjänst kan inte beviljas på grund av att allmän kollektivtrafik saknas eller är dåligt utbyggd.

Ledsagare

Den som behöver hjälp **under resan i fordonet** kan beviljas ledsagare. Behovet av hjälp under resan måste utförligt beskrivas i ansökan.

Medicinskt utlåtande

Om färdtjänstutredningen behöver kompletteras med medicinskt utlåtande ber din handläggare dig att kontakta vården. Blankett tillhandahåller vi i dessa fall.

Sjukresor

Sjukresa är resor till och från vården. För behov av sjukresa med taxifordon kontakta din vårdgivare.

Resor som betalas av annan

Resenär som endast har behov av resor som på annat sätt bekostas av det allmänna, till exempel skolskjuts, sjukresor beviljas inte färdtjänst. Detta avser även resor som bekostas av Försäkringskassan eller försäkringsbolag.

Lag om färdtjänst

§ 7 – Tillstånd till färdtjänst ska meddelas för dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel. Tillståndet omfattar inte transporter som av någon anledning bekostas av det allmänna. **Gäller bland annat resor till och från sjukvård, tandläkare eller remitterad behandling.**

§ 8 – Om den som söker tillstånd till färdtjänst behöver ledsagare under resorna, skall tillståndet även gälla ledsagaren. Rätten till ledsagare prövas individuellt och hjälpbehovet ska vara knutet till **själva resan och inte resmålet.**



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Sida
1(3)

Vid frågor kontakta:
Telefon 0243-31 81 60
E-post: fardtjanst@dalatrafik.se

Ansökan skickas till:
Landstinget Dalarna
Kollektivtrafikförvaltningen, Färdtjänst
Box 10015
781 10 Borlänge

Personuppgifter

Namn	Personnummer (6+4 siffror)	Har färdtjänst tidigare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Gatuadress	E-postadress	
Postnummer och -ort	Telefonnummer dagtid	Telefonnummer kvälltid
Folkbokföringskommun		
Behov av språktolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket språk?	Behov av dövtolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Eventuell god man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare

Kopia på förordnande gällande god man eller förvaltare respektive fullmakt för ombud skall bifogas ansökan

Namn	E-postadress	
Gatuadress	Telefonnummer dagtid	Telefonnummer kvälltid
Postnummer och -ort	Beslutet skickas till vidstående person <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Färdtjänst <input type="checkbox"/> Färdtjänst med ledsagare <input type="checkbox"/> Endast ledsagare <input type="checkbox"/> Annat: _____
<input type="checkbox"/> Arbets-/utbildningsresa (bifoga arbetsgivarintyg) Adress: _____

Min bostad / Hur bor du?

<input type="checkbox"/> Villa Yttertrappa, antal steg _____ <input type="checkbox"/> Hiss finns <input type="checkbox"/> Ramp finns
<input type="checkbox"/> Lägenhet På våningsplan _____ Antal trappsteg _____ <input type="checkbox"/> Hiss finns <input type="checkbox"/> Ramp finns
<input type="checkbox"/> Särskilt boende, vårdboende eller LSS-boende Namn på boende: _____

Funktionsnedsättning / Hälsotillstånd

Ge en utförlig beskrivning av din funktionsnedsättning, skada, sjukdom

På vilket sätt påverkar det din förmåga att förflytta dig?

När inträffade skadan/sjukdomen? _____

Beräknad varaktighet mindre än 3 månader 3-6 månader 6-12 månader mer än 12 månader
 bestående osäkert

Allmänna kommunikationer (buss/tåg)

- Jag klarar att resa med allmänna kommunikationer på egen hand
 Jag behöver hjälp för att resa med allmänna kommunikationer

Beskriv vilken hjälp du behöver för att kunna använda allmänna kommunikationer

Hjälpmedel

Vilka hjälpmedel använder du vid förflyttning?

- Inget hjälpmedel Käpp/krycka Rollator Rullstol Elrullstol Service-ledarhund
 Annat: Ange vad: _____

Förflyttningsförmåga

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) max _____ meter

- Jag kan gå i trappa Jag kan gå i trappa med hjälp Jag kan inte gå i trappa

Behov av hjälp under färdtjänstresan

Föraren kan hjälpa dig från bostaden in i bilen. Föraren kan även hjälpa dig med bältet, bagage (2 kassar) och gånghjälpmedel.

Fyll i det som stämmer in på dig

Jag kan själv ta mig till bilen Jag behöver hjälp för att ta mig till och från bilen

Jag behöver mer hjälp under själva resan än föraren kan ge mig

Beskriv vilken sorts hjälp du behöver

Färdsätt

Jag kan resa i personbil

Jag kan inte resa i personbil

Jag måste sitta i min rullstol under hela resan

Jag behöver liggande transport

Annat: Ange vad: _____

Övriga upplysningar

Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av ledsagare i färdtjänsten ska jag meddela det till Kollektivtrafikförvaltningen.

Jag medger att Kollektivtrafikförvaltningen får ta kontakt med nedanstående för att hämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst.

Hälso- och sjukvården Kommunen God man / Förvaltare Anhörig Behjälplig med ansökan

Namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	Telefonnummer

Behjälplig med ansökan

Namn	Telefonnummer
Relation	

Anhörig/kontaktperson

Namn	Telefonnummer
------	---------------