



## UTLÅTANDE TILL ANSÖKAN OM ENSAMÅKNING I FÄRDTJÄNSTEN I DALARNA

Sida  
1(2)

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

**SAMTLIGA UPPGIFTER SKALL FYLLAS I!**

### Information till den profession som det berör:

Enligt 9 § Lag om färdtjänst får tillstånd till färdtjänst i skälighets omfattning förenas med föreskrifter. Om det finns särskilda skäl, får tillståndet även i övrigt förenas med villkor.

### NOTERA

I utlåtandet skall det tydligt framgå funktionsnedsättningens svårighetsgrad (psykisk/fysisk) samt en utförlig beskrivning av hur funktionsnedsättningen påverkar sökandens förmåga att resa med andra resenärer i färdtjänsten.

### Uppgifter om sökanden

Namn	Personnummer (6+4 siffror)
------	----------------------------

### Intygsuppgifterna är baserade på (kryssa i aktuell ruta)

<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande	<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
Datum		Kännedom om sökanden sedan	

### Diagnoser av vikt för ansökan (om möjligt på svenska)

	Fastställt år
	Fastställt år
	Fastställt år

### Förflyttningsförmåga

Sökanden bedöms kunna förflytta sig på egen hand utan gånghjälpmedel	Antal meter
Sökanden bedöms kunna förflytta sig på egen hand med gånghjälpmedel	Antal meter

### Funktionshindrets beräknade varaktighet

<input type="checkbox"/> Mindre än 6 månader	<input type="checkbox"/> Mellan 6 månader och 1 år	<input type="checkbox"/> Mer än 1 år	<input type="checkbox"/> Bestående
--	--	--------------------------------------	------------------------------------

**Funktionshinder**

Utformas på svenska

Utförlig beskrivning av funktionshindrets karaktär och omfattning med hänsyn till sökandens förmåga att resa med andra resenärer i färdtjänsten.


**Övriga upplysningar**


**Underskrift vårdinstans**

Ort och datum	Namnteckning
Arbetsplats	Namnförtydligande
Profession <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Sjukgymnast <input type="checkbox"/> Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Annan    Ange vilken:	
Utlåtandet sänds till sökanden.	

**Underskrift sökanden**

Ort och datum	Namnteckning
Sökanden har tagit del av innehållet i detta intyg.	Namnförtydligande