



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