



UTLÅTANDE TILL ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST 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 § 7 Lag om färdtjänst skall färdtjänst beviljas den som, på grund av funktionshinder som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel.

Samma lag § 8 säger: "Om den som söker tillstånd till färdtjänst behöver ledsagare under resorna, skall tillståndet även gälla ledsagaren." Ledsagare är en person som måste följa med tillståndshavaren för att denne ska kunna genomföra färdtjänstresan. Behovet är knutet till **själva resan** och inte till t ex vistelsen vid resmålet.

NOTERA

I utlåtandet skall det tydligt framkomma svårigheter, **fysiska och/eller psykiska**, som påverkar sökandens förmåga att förflytta sig och resa med allmänna kommunikationer.

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

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

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 (fysiska och/eller psykiska) och omfattning med hänsyn till sökandens möjligheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer samt eventuellt behov av ledsagare.

--

Övriga upplysningar

--

Underskrift vårdinstans

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