



UTLÅTANDE TILL ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST 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 § 1 Lag om riksfärdtjänst skall ersättning för reskostnader lämnas till personer som till följd av ett stort och varaktigt funktionshinder måste resa på ett särskilt kostsamt sätt.
Samma lag § 5 lyder att tillstånd till riksfärdtjänst skall meddelas om resan till följd av den sökandes funktionshinder inte till normala reskostnader kan göras med allmänna kommunikationer eller inte kan göras utan ledsagare.
Enligt 6 § Lag om riksfärdtjänst ska tillståndet även gälla ledsagare under resan om så behövs.

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)

	Fastställd år
	Fastställd år
	Fastställd 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 (fysiska och/eller psykiska) och omfattning med hänsyn till sökandens möjligheter att resa med allmänna kommunikationer samt eventuellt behov av ledsagare under resan.

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