

**Vid frågor kontakta:**

Telefon 0243-31 81 60

E-post: fardtjanst@dalatrafik.se

**Ansökan skickas till:**

Region 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 hos Landstinget Dalarna Kollektivtrafikförvaltningen måste vara folkbokförd i någon av Dalarnas kommuner.

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

**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.seAnsökan skickas till:  
Region 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 kvällstid
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 kvällstid
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

**Färd sätt**

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 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