



## ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST

Sida  
1(1)

**Ansökan ska vara oss tillhanda  
senast tre (3) veckor innan avresa.**

### 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

## Information till dig som ansöker om Riksfärdtjänst

### Vad är riksfärdtjänst?

Riksfärdtjänst är en ersättning för merkostnader för den som på grund av stor och varaktig funktionsnedsättning måste resa på ett särskilt kostsamt sätt.

### Vem kan få riksfärdtjänst?

Den som söker riksfärdtjänst hos Landstinget Dalarna Kollektivtrafikförvaltningen måste vara folkbokförd i någon av Dalarnas kommuner.

Ändamålet med resan skall vara rekreation, fritidsverksamhet eller annan enskild angelägenhet.

Resan görs inom Sverige från en kommun till en annan kommun.

Resan görs med allmänna kommunikationer tillsammans med ledsagare, med ett för ändamålet särskilt anpassat fordon eller med personbil. Resenär som endast har behov av resor som på annat sätt bekostas av det allmänna är inte berättigad till riksfärdtjänst.

### Ledsagare

Resenär som behöver hjälp, under själva resan, kan beviljas ledsagare. Det åligger resenären själv att anlita ledsagare.

### Egenavgift

Resenären betalar en egenavgift enligt fastställd taxa.



## ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST

Sida  
1(3)

### 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

### Personuppgifter

Namn		Personnummer (6+4 siffror)	Innehar CSN/SFS-kort <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	

### Resans ändamål

--

### Funktionsnedsättning / Hälsotillstånd

Ge en utförlig beskrivning av din funktionsnedsättning, skada, sjukdom och på vilket sätt påverkar det din förmåga att förflytta dig

--

### Funktionsnedsättning / Hälsotillstånd forts

När inträffade skadan/sjukdomen?		
<input type="checkbox"/> mindre än 6 månader	<input type="checkbox"/> 6-12 månader	<input type="checkbox"/> mer än 12 månader
Funktionshindrets beräknade varaktighet? <input type="checkbox"/> bestående <input type="checkbox"/> osäkert		

### Hjälpmedel

Hjälpmedel som behövs för att kunna genomföra resan?			
<input type="checkbox"/> Rollator, fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar	<input type="checkbox"/> Lätt elrullstol < 50 kg	<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel
<input type="checkbox"/> Rollator, ej fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar	<input type="checkbox"/> Tung elrullstol > 50 kg	<input type="checkbox"/> Annat: _____
Mått på rullstol - Bifoga kopia på manual till rullstol		Batteri till elrullstol	
Längd	Bredd	Höjd	Vikt
cm	cm	cm	kg
		<input type="checkbox"/> Torrcell/gelé	<input type="checkbox"/> Våtcell/litium

### Framresa

Från gata, ort	Önskad avresedag	Önskad avresetid
Till gata, ort	Anslutning till flightnr	Telefonnr där resan kan bekräftas (även riktnr)

### Återresa

Från gata, ort	Önskad avresedag	Önskad avresetid
Till gata, ort	Anslutning från flightnr	Telefonnr där resan kan bekräftas (även riktnr)

### Färdmedel

Ansökan avser resa med					
<input type="checkbox"/> Tåg	<input type="checkbox"/> Flyg	<input type="checkbox"/> Båt	<input type="checkbox"/> Bil	<input type="checkbox"/> Specialfordon	<input type="checkbox"/> Liggande transport

### Allmänna kommunikationer (buss/tåg)

<input type="checkbox"/> Jag klarar att resa med allmänna kommunikationer på egen hand
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp för att resa med allmänna kommunikationer
Beskriv vilken hjälp du behöver för att kunna använda allmänna kommunikationer

**Behov av ledsagare under resan**

- Nej  
 Ja, beskriv utförligt ditt hjälpbehov under resan

Beskriv utförligt ditt hjälpbehov under resan

**Övriga upplysningar****Underskrift**

- Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av ledsagare i 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
------	---------------