

Vid frågor kontakta:
Telefon 023-77 70 40
E-post: fardtjansten@regiondalarna.se

Ansökan skickas till:
Färdtjänsten Dalarna
Myntgatan 2
791 51 Falun

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 ovanstående 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 boendet: _____

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

Färdsätt

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: _____

Resor som betalas av annan

Försäkringskassan

Försäkringsbolag

Kommunen

Annat: _____

Övriga upplysningar**Underskrift**

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst ska jag meddela det till färdtjänsten.

Jag medger att Färdtjänsten Dalarna får ta kontakt med nedanstående för att hämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst:

Hälso- och sjukvården

Kommunen

Försäkringskassan

God man / Förvaltare

Behjälplig med ansökan

Anhörig / Kontaktperson

Namn och telefon: _____

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Behjälplig med ansökan

Namn och telefonnummer

Relation