

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)	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 ovanstående 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 _____ cm	Bredd _____ cm	Höjd _____ cm	Vikt _____ 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

Hjälpbbehov under resan

- Nej
 Ja, beskriv utförligt ditt hjälpbehov under resan

Resor som betalas av annan

- Försäkringskassan Försäkringsbolag Kommunen Annat: _____

Övriga upplysningar**Underskrift**

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.

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

- 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

Region Dalarna hanterar alla personuppgifter i enlighet med Personuppgiftslagen (1998:204) och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).