



Funderar du om du själv eller någon i din närhet kan ha rätt till **Region Dalarnas tandvårdsstöd**?
Fyll i blanketten, så tar vi kontakt med dig och reder ut eventuella möjligheter.

- *stort och långvarigt behov av hjälp med personlig omvårdnad*
- *vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar*

Skicka formuläret till Tandvårdsstöd Dalarna, Box 712, 791 29 FALUN

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer	Ort

Beskriv sjukdomar, funktionsnedsättningar, eventuell hjälp med personlig omvårdnad samt övriga omständigheter att ta hänsyn till.



För- och efternamn	Telefon
Adress, postnummer och ort	E-postadress
Namnteckning	Datum