



Intyg för beslut om resor till dagvård eller liknande

Resorna avser

Namn		Personnummer
<input type="checkbox"/> Dagvård	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet	<input type="checkbox"/> Sysselsättning
Ovanstående person har fått beslut om bistånd i enlighet med Socialtjänstlagen (2001:453) _____(kapitel och §)		
Beslutet är giltigt från och med:		till och med:
Resorna kommer att ske _____ dagar i veckan.		
Namnet på verksamheten dit resorna går		

Kontaktperson

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Färdtjänstens kontaktuppgifter

Telefon: 031-41 95 90 växel n

E-post: tillstand@fardtjansten.goteborg.se

Göteborgs Stad Färdtjänsten

Box 30054, 400 43 Göteborg