

**SØKNAD OM
TRANSPORTTJENESTE FOR FORFLYTNINGSHEMMEDE**

ETTERNAVN:	FORNAVN:
ADRESSE:	FØDSELSNR:
POSTNR.- STED:	TELEFONNR:

Bor alene:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
-------------------	---

Funksjonsnivå:

- Kan ikke gå, benytter rullestol.
- Kan gå litt, trenger hjelpemidler.
- Kan gå med støtte av en person.

Syn

- Blind
- Sterkt svaksynt

Andre typer av forflytningshemming

- Hjerte og karsykdom
- Lungelidelser
- Allergi
- Psykiske lidelser
- Annet

Beskrivelse av funksjonshemmingen (må fylles ut)

.....
.....
.....

Oppstod funksjonsnedsettelse før fylte 67 år; Ja Nei

Nåværende transportmulighet:

- Egen bil; Hvis ja, med støtte fra folketrygden: Ja Nei
- Bil til pårørende eller kjente
- Drosje
- Offentlig transportmiddel, men med besvær
- Annet;.....

Hvorfor kan ikke søker reise med offentlig transportmiddel?

.....
.....

Mottar søker grunnstønning til transportutgifter fra folketrygden:

- Ja
- Nei

Er forflytningshemningen varig (mer enn 2 år)

- Ja
- Nei

Transportbehovet

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mer enn 3 reiser pr. uke | <input type="checkbox"/> 1 - 2 reiser i måneden |
| <input type="checkbox"/> 1 – 2 reiser pr. uke | <input type="checkbox"/> Mindre enn 1 reise i måneden |
| <input type="checkbox"/> Mindre enn 1 reise pr. uke | <input type="checkbox"/> Reise,- sesongbetont |

Undertegnede samtykker i at det kan innhentes andre helseopplysninger for behandling av søknaden

- Ja
- Nei

Andre opplysninger som søker ønsker å gi,- eks formålet med TT - reisen:

.....
.....

Søkers underskrift:Dato:.....

SENDES TIL DIN BOSTEDSKOMMUNE