



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, hjelpemidler.
- Kan gå med støtte av en person.

Syn:

- Blind
- Sterkt svaksynt

Andre typer forflytningshemming

- Hjerte og karsykdom
- Lungelidelse
- Allergi
- Psykiske lidelser
- Annet;.....

Beskrivelse av funksjonshemmingen (må fylles ut)

.....

.....

.....

Oppstod funksjonsnedsettelsen 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 du 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 pr. måned |
| <input type="checkbox"/> 1 – 2 reiser pr. uke | <input type="checkbox"/> Mindre enn 1 reise pr. måned |
| <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

Formålet med reisen (skal fylles ut)?

.....

.....

Søkers underskrift:Dato:

SØKNADEN SENDES TIL DIN BOSTEDSKOMMUNE