



SØR-VARANGER KOMMUNE
Servicekontoret

SØKNADSSKJEMA - TRANSPORTTJENESTEN FOR FUNKSJONSHEMMEDE
(TT-ORDNINGEN)

FYLLES UT AV SØKER

Alle spørsmål skal besvares. Søknadsskjema hvor alle spørsmål ikke besvart, vil ikke bli behandlet.

Helseerklæringen skal fylles ut av helsepersonell.

Etternavn:	Fornavn:
Gateadresse:	Postnr. og -sted:
Telefonnr.:	Fødselsdato:

Sett kryss:

- Bruker rullestol Ja Nei
Bruker rullator Ja Nei
Blind Ja Nei
Meget svaksynt Ja Nei
Kan reise alene med buss (uten hjelp) Ja Nei
Kan gå alene uten hjelp Ja Nei

Dersom du ikke kan reise alene med buss, uten hjelp, hva skal til for at du skal kunne det?

Hvor langt er det fra hjemmet ditt til nærmeste buss-stopp?

Hva slags funksjonshemning har du?

Hvilke følger har funksjonshemningen for deg i dagliglivet?

Er din funksjonshemning like framtreddende hele året? Dersom nei, når?

Beskriv din nåværende reisemåte:

Sett kryss:

Mottar grunnstønad fra Folketrygden (gjelder ikke alderspensjon): Ja Nei
Mottar støtte fra det offentlige til kjøp/drift av egen bil: Ja Nei
Bruker egen bil: Ja Nei
Bor på institusjon: Ja Nei
Institusjonen har eget transporttilbud: Ja Nei
Bor alene: Ja Nei

Noen i min husstand har egen bil: Ja Nei
Dersom noen i husstanden har egen bil, har du anledning til å benytte deg av dette?
 Ja Nei

Avstand fra mitt hjem til (sett kryss for det som passer):

- Kirkeneskm
- Hesseng.....km
- Bjørnevatn.....km
- Jakobsnes/Jarfjord.....km
- Neiden.....km
- Bugøynes.....km
- Svanvik/Skogfoss.....km

Andre opplysninger du mener er viktig for søknaden:

Jeg gir Sør-Varanger kommune fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger for behandling av søknaden:

.....
Sted og dato

.....
Underskrift

Søknaden sendes Sør-Varanger kommune, servicekontoret, boks 406, 9915 Kirkenes.
Tlf. 78 97 76 00. Fax 78 97 76 83. Epostadresse: service@sor-varanger.kommune.no



SØR-VARANGER KOMMUNE

HELSEERKLÆRING TIL TRANSPORTTJENESTEN FOR FUNKSJONSHEMMEDE (TT-ORDNINGEN)

FYLLES UT AV HELSEPERSONELL

Alle spørsmål skal besvares. Skjema hvor alle spørsmål ikke er besvart, vil ikke bli behandlet.

Søkerens navn:	Fødselsdato:
Beskriv søkerens evne til å forflytte seg:	
Beskriv søkerens evne til å reise med buss:	
Beskriv de tiltak som må gjøres for at søker skal kunne reise med buss:	
Hvor langt kan søker gå uten hjelp?	
Beskriv funksjonshemningen som gjør at søker trenger dør-til-dør-transport:	
Hvor lenge har søker hatt en funksjonshemning med disse følger?	

Funksjonshemningens forventede varighet:

Er funksjonshemningen like framtreddende hele året? Hvis nei, når:

Andre opplysninger:

Dato og underskrift av helsepersonell: