SØKNAD OM TRANSPORTTJENESTE FOR FUNKSJONSHEMMEDE

(søknaden sendes sosialkontoret i heimkommunen)

FØDSELSDATO: ..... TLF.: .....

NAVN: .....

BOLIGADRESSE: .....

NAVN PÅ BEH. LEGE: .....

SYKDOM/FUNKSJONSHEMMING: .....

ER TILSTANDEN VARIG (OVER ETT ÅR): ☐ JA ☐ NEI

AVSTAND FRA BOLIG TIL:

BUSSHOLDEPLASS: ..... BUTIKK: ..... KOMMUNESENTER: .....

BRUKER DU HJELPEMIDLER, EVT. HVA SLAGS ?

STOKK/KRYKKER: ☐ RULLESTOL: ☐ GÅSTOL: ☐ ANNET: .....

MOTTAR DU STØNAD TIL BIL FRA FOLKETRYGDEN ? ☐ JA ☐ NEI

HVOR LANGT GREIER DU Å GÅ: .....

BEHOV FOR LEDSAGER: ☐ JA ☐ NEI

BEHOV FOR SPESIALBIL: ☐ JA ☐ NEI

BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN: .....

.....

.....

.....

.....

DATO: ..... UNDERSKRIFT: .....

UTTALELSE FRA LEGE, FYSIOTERAPEUT, HJEMMESYKEPLEIE, HJEMMEHJELP, ANDRE:

.....

.....

.....

.....

DATO: ..... UNDERSKRIFT: .....

GODKJENNINGSNEMNDAS VEDTAK:

.....

.....

.....

DATO: ..... UNDERSKRIFT: .....