



Navn:		Etternavn:		Fødselsdato:	
Adresse:			Postnummer		Poststed:
Telefon privat:	Telefon arbeid:	Mobil:	E-post:		

**TYPE FUNKSJONSHEMMING:**

**BEGRUNNELSE FOR SØKNAD LEDSAGERBEVIS:**

Sted/dato

Søkers underskrift

Evt. Foresattes/hjelpeverges underskrift

**Vedlegg:**

- Passfoto
- Uttalelse fra fastlege
- Uttalelse fra eventuell spesialist
- Uttalelse fra Enhet Helse
- Uttalelse fra NAV

Sendes:

**Fauske kommune**, v/Lene Gulstad  
Miljø- og habiliteringstjenesten  
Helsetunet 2, 8200 Fauske

**Merk: "Ledsagerbevis"**