



AUST-AGDER FYLKESKOMMUNE
Transporttjenesten for funksjonshemmede

SØKNAD

Søknaden sendes til: Evje og Hornnes kommune

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsår:
Adresse:	Postnummer og poststed:	Etasje:
Telefonnummer:	Heis: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Bor alene: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Graden av funksjonshemming:

<input type="checkbox"/> Kan ikke gå (Bruker rullestol e.l.)	<input type="checkbox"/> Kan gå ved hjelp av stokk, krykker e.l.	<input type="checkbox"/> Blind/ svaksynt
Andre vansker:		
Forventet varighet:		

Annet som har betydning for søknaden (reisebehov):

Nåværende transportmåte:

<input type="checkbox"/> Egen bil	<input type="checkbox"/> Vanlig drosje	<input type="checkbox"/> Offentlige transportmidler
<input type="checkbox"/> Pårørendes eller kjentes bil	<input type="checkbox"/> Spesialbil	<input type="checkbox"/> Annet

Annen stønad til transport:

Mottar grunnstønad til transport fra NAV:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Mottar tilskudd/lån til egen bil fra NAV:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Behov for hjelp:

Behov for følge ved reise:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Behov for hjelp av transportutøver:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Dato:	Søkerens underskrift:

For kommunen:

Søknaden ble behandlet i godkjenningnemnda,
dato: _____

Søknaden innvilget

Søknaden avslått

Brukerrettigheter tilstås inntil videre / vurderes på ny, dato: _____

Merknader:



AUST-AGDER FYLKESKOMMUNE
Transporttjenesten for funksjonshemmede

LEGEERKLÆRING

For å kunne bli innvilget reiserett med transporttjenesten for funksjonshemmede er det en forutsetning at søkeren ikke kan bruke kollektive transportmidler uten stort besvær og at funksjonshemmingen antas å vare i over ett år. Legeerklæringen skal sendes til den kommunen søkeren er bosatt.

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsår:
Adresse:	Postnummer og poststed:	

Beskrivelse av forflytningshemmingen:
Funksjonshemmingen innebærer at pasienten <input type="checkbox"/> Ikke kan gå (bruker rullestol) <input type="checkbox"/> Kan gå ved hjelp av stokk, krykke, rullator <input type="checkbox"/> Kan gå med levende støtte <input type="checkbox"/> Kan gå med støtte, men med meget nedsatt forflytningsevne <input type="checkbox"/> Kan gå uten støtte, men med nedsatt forflytningsevne
Andre vansker (kort beskrevet):
Søkeren kan reise med <input type="checkbox"/> Kollektive transportmidler men med stort besvær <input type="checkbox"/> Vanlig drosje <input type="checkbox"/> Spesialbil
Er tilstanden varig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bør kontrolleres senest den:
Er tilstanden sesongavhengig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Tidsrom:

Legens underskrift/stempel	Dato	Telefon
-----------------------------------	-------------	----------------