

**SØKNAD OM  
TRANSPORTTJENESTE FOR FORFLYTNINGSHEMMEDE**

<b>ETTERNAVN:</b>	<b>FORNAVN:</b>
<b>ADRESSE:</b>	<b>FØDSELSNR:</b>
<b>POSTNR.- STED:</b>	<b>TELEFONNR:</b>

<b>Bor alene:</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
-------------------	---

**Funksjonsnivå:**

- Kan ikke gå, benytter rullestol.
- Kan gå litt, trenger hjelpemidler.
- Kan gå med støtte av en person.

**Syn**

- Blind
- Sterkt svaksynt

**Andre typer av forflytningshemming**

- Hjerte og karsykdom
- Lungelidelser
- Allergi
- Psykiske lidelser
- Annet

**Beskrivelse av funksjonshemmingen (må fylles ut)**

.....

.....

.....

**Oppstod funksjonsnedsettelse 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 søker 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 i måneden       |
| <input type="checkbox"/> 1 – 2 reiser pr. uke       | <input type="checkbox"/> Mindre enn 1 reise i måneden |
| <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: .....

**SENDES TIL DIN BOSTEDSKOMMUNE**

