



## SØKNAD OM TRANSPORTTJENESTE FOR FORFLYTNINGSHEMMEDE

PERIODEN \_\_\_\_\_

<b>ETTERNAVN:</b>	<b>FORNAVN:</b>	
<b>ADRESSE:</b>	<b>FØDSELSNR:</b>	
<b>POSTNR – STED:</b>	<b>TELEFONNR:</b>	
<b>Bor alene (SETT KRYSS):</b>	<b>JA</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>NEI</b>	<input type="checkbox"/>

### Grad av forflytningshemming:

- Kan ikke gå, benytter rullestol
- Kan gå litt, trenger stokk/krykker/rullator
- Sterkt nedsatt forflytningsevne
- Blind
- Kan gå med støtte av en person

### Beskrivelse av funksjonshemmingen (må fylles ut)

.....

.....

.....

### Transportmåte nå:

- 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 du grunnstønad til transportutgifter fra folketrygden:

- Ja
- Nei



**Avstand fra bopel (hjemmeadresse) til kommunesenteret.  
(Som kommunesenteret regnes rådhus/kommunehuset).**

0 – 5 km	<input type="checkbox"/>	5 – 10 km	<input type="checkbox"/>	10 – 15 km	<input type="checkbox"/>
15 – 20 km	<input type="checkbox"/>	Over 20 km	<input type="checkbox"/>		

**Tidligere godkjent TT-bruker:**

Ja	<input type="checkbox"/>	Brukernr:	<input type="text"/>
Nei	<input type="checkbox"/>		

**Er forflytningshemmingen varig (mer enn 1 år) ?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nei	<input type="checkbox"/>

**Hvilke formål ønsker du å benytte TT-billettene til?**

.....

.....

.....

**Undertegnede samtykker i at det kan innhentes andre helseopplysninger for behandling av søknaden?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nei	<input type="checkbox"/>

**Andre opplysninger som søker ønsker å gi:**

.....

.....

.....

**Søkers underskrift:** .....

**Dato:** .....

**SØKNADEN SENDES TIL DIN BOSTEDSKOMMUNE INNEN .....**

**(For søknadsfrist se kunngjøring eller kontakt**