

SØKNAD OM TILRETTELAGT TRANSPORT
FOR FORFLYTNINGSHEMMEDE

INNLANDET FYLKESKOMMUNE



TRANSPORTORDNINGEN FOR FORFLYTNINGSHEMMED ER ET TILBUD OM DØR TIL
DØR TRANSPORT FOR PERSONER SOM PÅ GRUNN AV PSYKISKE ELLER FYSISKE
ÅRSAKER HAR **VESENTLIGE VANSKER** VED BRUK AV ORDINÆRT KOLLEKTIVTILBUD.

ER SØKNADEN MANGELFULLT UTFYLT VIL DEN BLI RETURNERT SØKER UTEN
BEHANDLING. BENYTT GJERNE TILLEGGSARK TIL BESKRIVELSE.

TT-NEMNDA VIL VED BEHOV BE OM UTFYLLENDE OPPLYSNINGER FRA LEGE ELLER
HJEMMEBASERT OMSORG.

SØKNADEN SENDES:

INNLANDET FYLKESKOMMUNE
SEKSJON KOLLEKTIVTRANSPORT, KUNDESENTERET
V/TT-NEMNDA
GRUVVEGEN 78
2580 FOLLDAL

SØKNAD OM TRANSPORTORDNINGEN FOR FORFLYTNINGSHEMMEDE I INNLANDET

Etternavn	Fornavn					
Personnummer	Bor i egen bolig:	<table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Ja	Nei	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ja	Nei				
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Bor i institusjon:	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Adresse	Postnr. /sted					
Telefon	Fastlege					

Kjører du bil selv:

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

Har du tilgang til bil:

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

Kan du benytte offentlig kollektivtransport:

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

Hvis ja, hvorfor behov for TT: _____

Trenger du ledsager:

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

Klarer du innstigning/avstigning på buss/tog:

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

Søker du TT-kort på grunn av manglende kollektivtilbud:

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

Har du tilbud fra hjemmebasert omsorg:

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

Hvis ja, hva slags tilbud: _____

Er du avhengig av taxi ved legebesøk og får denne dekket av pasientreiser:

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

Utfyllende opplysninger:

Forflytningshemmingen:

Funksjonsnivå:

<input type="checkbox"/>	Kan ikke gå, benytter rullestol	
<input type="checkbox"/>	Må sitte i rullestol under transporten	
<input type="checkbox"/>	Kan gå litt, trenger hjelpemidler.	
	Hvis ja oppgi hva slag hjelpemiddel:	_____
<input type="checkbox"/>	Kan gå med levende støtte	

Oppgi gangdistanse

Uten hjelpemiddel _____ Med hjelpemiddel _____

Forflytningshemming forårsaket av:

<input type="checkbox"/>	Blind	
<input type="checkbox"/>	Sterkt svaksynt. Hvis ja må attest med visus fra øyelege vedlegges søknaden.	
<input type="checkbox"/>	Hjerte og karsykdom	
<input type="checkbox"/>	Hjerneslag, med varig forflytningshemming	
<input type="checkbox"/>	Lungelidelser, ved f. eks kols må grad dokumenteres ved legeerklæring	
<input type="checkbox"/>	Psykisk funksjonsnedsettelse	
<input type="checkbox"/>	Annet, oppgi årsak:	_____

Beskrivelser av funksjonshemmingen (må fylles ut)

Er det utsikter til behandling som kan endre muligheten til å benytte kollektivtransport:

Ved f. eks. operasjon

Ja	Nei
----	-----

Nåværende transportmåte:

<input type="checkbox"/>	Kjører bil selv
<input type="checkbox"/>	Blir kjørt av pårørende/kjente
<input type="checkbox"/>	Drosje
<input type="checkbox"/>	Offentlig transportmiddel
<input type="checkbox"/>	Annet: _____

Hvorfor kan ikke søker reise med offentlig transportmiddel:

Er forflytningshemmingen varig (mer enn 2 år)

Ja	Nei
----	-----

Gjelder transportbehovet kun enkelte perioder av året? Oppgi når: _____

Samtykke til at TT-nemnda kan innhente
andre helseopplysninger ved behov:

ja	Nei
----	-----

Sted/dato	Søkers, pårørende eller verges underskrift
Dersom søker ikke kan signere selv, må pårørendes slektskapsforhold og/eller verges oppnevning oppgis.	