

**SØKNAD OM
TRANSPORTTJENESTE FOR FORFLYTNINGSHEMMEDE**

ETTERNAVN:	FORNAVN:
ADRESSE:	FØDSELSNUMMER:
POSTNUMMER - STED:	TELEFONNR:

Bor alene:	Ja <input type="checkbox"/> Nei <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 kommunesenter regnes rådhus/ kommunehuset.

- 0-5 km 5- 10 km 10- 15 km.
 15-20 km Over 20 km.

Tidligere godkjent TT- bruker:

- Ja Brukernummer:
 Nei

Er forflytningshemmingen varig (mer enn 1 år)?

- Ja
 Nei

Hvilke formål ønsker du å benytte TT-billettene til?

.....
.....
.....

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

- Ja
 Nei

Andre opplysninger som søker ønsker å gi:

.....
.....

Søkers underskrift:

Dato:

SØKNADEN SENDES TIL DIN BOSTEDSKOMMUNE