



**AUST-AGDER FYLKESKOMMUNE**  
**Transporttjenesten for funksjonshemmede**

**SØKNAD**

Søknaden sendes til: Iveland 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:	

<b>Beskrivelse av forflytningshemmingen:</b>
<b>Funksjonshemmingen innebærer at pasienten</b> <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
<b>Andre vansker (kort beskrevet):</b>
<b>Søkeren kan reise med</b> <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 <b>Bør kontrolleres senest den:</b>
Er tilstanden sesongavhengig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <b>Tidsrom:</b>

<b>Legens underskrift/stempel</b>	<b>Dato</b>	<b>Telefon</b>
-----------------------------------	-------------	----------------