Søknad

# Transporttjeneste for funksjonshemmede

**(TT-kort)**

 Søknadsfrist to ganger i året: 15. mai og 15. november

|  |
| --- |
| Søker: |
| Navn (søker): | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | Fødselsnummer(11 siffer): | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| Adresse: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | Telefon: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| Postnummer: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | Poststed: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | Mobiltelefon: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| Kjører du bil selv? |[ ]  Ja |[ ]  Nei | Har du tidligere fått innvilget transporttjeneste? |[ ]  Ja |[ ]  Nei |

|  |
| --- |
| Graden av funksjonshemming: |
| Er du avhengig av støtte ved forflytning? |[ ]  Ja |[ ]  Nei |
| **Hvis ja- kryss av for hjelpemiddel** |
| Kan ikke gå (Bruker rullestol e.l.) |[ ]
| Kan gå ved hjelp av stokk, krykker e.l. |[ ]
| Blind/svaksynt |[ ]
| Andre vansker |[ ]
| Forventet varighet: |[ ]
| Behov for hjelp: |
| Behov for følge ved reise: |[ ]  Ja |[ ]  Nei |
| Behov for hjelp av transportutøver:  |[ ]  Ja |[ ]  Nei |

|  |
| --- |
| Annet som har betydning for søknaden (reisebehov): |
| Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |

|  |
| --- |
| Nåværende transportmåte: |
| Egen bil |[ ]
| Pårørendes eller kjentes bil |[ ]
| Vanlig drosje |[ ]
| Spesialbil: |[ ]
| Offentlige transportmidler: |[ ]
| Annet: |[ ]

|  |
| --- |
| Annen stønad til transport: |
| Mottar grunnstønad til transport fra NAV: |[ ]  Ja |[ ]  Nei |
| Mottar tilskudd/lån til egen bil fra NAV: |[ ]  Ja |[ ]  Nei |

|  |
| --- |
| Dato Søkers underskrift:Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |

Søknad sendes sammen med legeerklæringen til:
Grimstad kommune
Postmottak
Postboks 123
4891 Grimstad

Legeerklæring

# Transporttjenesten for funksjonshemmede

**(TT-kort)**

**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.**

|  |
| --- |
| **Søker:** |
| Navn søker: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | Fødselsnr. ( 11 siffer): | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| Adresse: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |
| Postnummer: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. | Poststed: | Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst. |

|  |
| --- |
| Beskrivelse av forflytningshemmingen: |
|  |
| Funksjonshemmingen innebærer at pasienten | [ ]  Ikke kan gå (bruker rullestol) |
| [ ] Kan gå ved hjelp av stokk, krykke, rullator |
| [ ]  Kan gå med levende støtte |
| [ ]  Kan gå med støtte, men med meget nedsatt forflytningsevne |
| [ ]  Kan gå uten støtte, men med nedsatt forflytningsevne |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |