

# Transporttjensten for funksjonshemmede i Østfold

## Søknadsskjema

Søker			
Navn	Adresse	Personnr.	Tlfnr.
Søker er beboer på sykehjem		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Søker er beboer i omsorg- eller trygdebolig		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Søker er beboer i bofellesskap		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Begrunnelse for transportbehov			
<input type="checkbox"/> Rullestolbruker		<input type="checkbox"/> Er avhengig av ledsager	
<input type="checkbox"/> Nedsatt gange pga hofter/knær/rygg, eller		<input type="checkbox"/> etter slag, eller	<input type="checkbox"/> muskelsykdom
<input type="checkbox"/> Blind	<input type="checkbox"/> Svaksynt - grad _____ (vedlegg)	<input type="checkbox"/> Psykisk lidelse	<input type="checkbox"/> Annet (vedlegg)
Hvor lenge har du vært funksjonshemmet ?		_____ år	
Funksjonshemmingen er varig		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Om transportbehov			
For søkere f.o.m. 67 år:			
Nettoinntekt før særfradrag ved siste ligning overstiger 2 G ?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Mottar støtte til egen bil fra folketrygden:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har behov for spesialdrosje/handikapdrosje		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Underskrift		
Dato	Sted	Forpliktende underskrift
____/____/____		

NB! Underskriving bekrefter samtykke for innhenting av nødvendige opplysninger for videre saksbehandling.