

**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 INNLANDE

Etternavn	Fornavn		
Personnummer	Bor i egen bolig:	Ja	Nei
	Bor i institusjon:		
Adresse	Postnr. /sted		
Telefon	Fastlege		

Kjører du bil selv:

Ja	Nei
-----------	------------

Har du tilgang til bil:

Ja	Nei
-----------	------------

Kan du benytte offentlig kollektivtransport:

Ja	Nei
-----------	------------

Hvis ja, hvorfor behov for TT: _____

Trenger du ledsager:

Ja	Nei
-----------	------------

Klarer du innstigning/avstigning på buss/tog:

Ja	Nei
-----------	------------

Søker du TT-kort på grunn av manglende kollektivtilbud:

Ja	Nei
-----------	------------

Har du tilbud fra hjemmebasert omsorg:

Ja	Nei
-----------	------------

Hvis ja, hva slags tilbud: _____

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

Ja	Nei
-----------	------------

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"/>	Bli 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 forflytningshemminge 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.