



## LEGEERKLÆRING ved søknad om TT-kort

For å kunne bli innvilget TT kort er det en forutsetning at søkeren ikke kan bruke kollektive transportmidler uten stort besvær og at funksjonshemmingen antas å vare i minimum 2 år. Legeerklæringen skal følge søknadskjema for TT-kort og sendes til den kommunen hvor søkeren er bosatt (ikke til fylkeskommunen).

NAVN	
ADRESSE	
KOMMUNE	
FØDSELSNUMMER (11 siffer)	

### Funksjonshemmingen medfører at søkeren

<input type="checkbox"/> Er blind	<input type="checkbox"/> Er svaksynt (synsstyrke 0.33 6/18 Folketrygdloven)
-----------------------------------	---

NB! Ved synshemming legges det fram erklæring fra øyelege/optiker

### Søkeren bruker følgende ganghjelpemiddel for å kompensere for funksjonshemmingen

<input type="checkbox"/> Rullestol	<input type="checkbox"/> Minicrosser	<input type="checkbox"/> Gåstol/rullator	<input type="checkbox"/> Krykker/stokk
<input type="checkbox"/> Søkeren kan reise med vanlig drosje		<input type="checkbox"/> Søkeren må reise med spesialbil (rullestol)	

Har funksjonshemmingen en varighet på minimum 2 år?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Er søkeren i stand til å bruke kollektivt transportmiddel som f.eks. buss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

### Presis/detaljert beskrivelse av søkers funksjonsnivå (bruk norske betegnelser)

--------------------------------------

Bruk eget ark hvis liten plass

Legens underskrift og stempel	Dato	Telefon
-------------------------------	------	---------

Godkjenningnemndas avgjørelse:	Kategori/gruppe:	Kort/brukernr.:
<input type="checkbox"/> Godkjent <input type="checkbox"/> Avslått	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Hovedfunksjonshemming:</b>		

# Transporttjenesten for funksjonshemmede i Trøndelag



# Trøndelag fylkeskommune

## SØKNADSSKJEMA – EGENERKLÆRING

ETTERNAVN	
FORNAVN	
ADRESSE	
POSTNUMMER/STED	
FØDSELSNUMMER (11 siffer)	
TELEFON	

Kryss av for:

Tidligere TT bruker	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

Hvorfor søkes det om TT-kort? (Beskriv ditt funksjonsnivå)

<b>Kryss av:</b>	<b>Eventuelle merknader:</b>
<input type="checkbox"/> Blind/svaksynt (synsstyrke 0.33 6/18 Folketrygdløven)	
<input type="checkbox"/> Rullestolbruker	
<input type="checkbox"/> Bevegelseshemmet	
<input type="checkbox"/> Annet:	

<input type="checkbox"/> Kan reise med vanlig drosje	<input type="checkbox"/> Må sitte i rullestol under transport
--	---

**Fullmakt:**

Søker gir kommunen fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger for saksbehandlingen.

**Vedlegg:**

Legeerklæring (standard skjema)      Navn på fastlege \_\_\_\_\_

**Dato/underskrift**

\_\_\_\_\_