



SØKNAD OM LEDSAGERBEVIS

Fornavn:	Etternavn:
Fødselsnr:	Gateadresse:
Postnr.:	Poststed :
Telefon:	Telefon/arbeid:

Søkers funksjonshemming:

<input type="checkbox"/>	Bevegelseshemming	<input type="checkbox"/>	Utviklingshemming
<input type="checkbox"/>	Hørselshemming	<input type="checkbox"/>	Alvorlige psykiske lidelser
<input type="checkbox"/>	Synshemming	<input type="checkbox"/>	Annen funksjonshemming

Gi en kort begrunnelse for søknaden (bruk evt. baksiden eller eget ark) :

Jeg samtykker til at Evenes kommune kan hente inn helseopplysninger som er nødvendige og relevante for å kunne behandle søknaden min. De kan hente inn informasjon fra fastlegen min, eller kommunale enheter som gir meg helse- og omsorgstjenester.

Dato: _____

Underskrift: _____ (Søker)

Underskrift: _____ (foresatte eller verge)
(For søkere under 18 år, må foresatte skrive under)

Søknaden sendes til Evenes kommune, postmottak 43, 8533 Bogen i Ofoten.

Vedlegg til søknad:

- 1 passfoto
- Uttalelse fra enten primærlege, offentlig godkjent helseinstitusjon.