



Erklæring fra fastlege eller saksbehandler i helse- og omsorgstjeneste

Erklæring ledsagerbevis
Navn på søker
Fødselsnummer
Fornavn
Etternavn
Legens/institusjonens stempel, signatur og dato
Vedkommende søker er
<input type="checkbox"/> Bevegelseshemmet <input type="checkbox"/> Hørselshemmet <input type="checkbox"/> Synshemmet <input type="checkbox"/> Psykisk utviklingshemmet <input type="checkbox"/> Funksjonshemmet <input type="checkbox"/> Skjult funksjonshemming, som f.eks. alvorlige psykiske lidelser/dysfunksjon, hjerte/lungesykdommer, tunge allergier <input type="checkbox"/> Annet, beskriv: _____
Diagnose som vil ha betydning for ledsagerbehov

--

Har søker et åpenbart behov for følge, støtte eller tilsyn for å delta på kultur- og fritidsaktiviteter?

Ja Nei Har støttekontakt

Hvis ja, begrunn svaret:

For søkere under 16 år som ikke har støttekontakt, avlastning eller BPA

Det må dokumenteres at søker har et større ledsagerbehov enn det som hadde vært tilfelle dersom barnet ikke hadde en funksjonsnedsettelse, og at det derfor påløper ekstrautgifter, sammenlignet med jevnaldrende som deltar på samme type aktivitet.

--

Søkers ledsagerbehov er

Tidsbegrenset

2 år 3 år 5 år Varig

Behov for mer enn én ledsager

Ja Nei

Hvis ja, eventuelt antall