



Farsund kommune

Postboks 100
4552 Farsund

Telefon: 38 38 20 00
Telefaks: 38 38 20 01
E-post: post@farsund.kommune.no

Søknad om ledsagerbevis

Unntatt offentlighet i h.h.t. off.lovens § 5 a

Navn:	
Adresse:	
Postnr./Poststed:	
Telefon (skole/arbeid):	
Telefon (privat):	
Fødselsdato:	

Søkerens egen vurdering av ledsagerbehov:

(må besvares av søker)

Jeg samtykker i at den som er oppført som sakkyndig får uttale seg i henhold til søknaden.
Jeg samtykker også i at nødvendige tilleggsopplysninger blir gitt av helse/sosial/omsorgsetat eller primærlege.

Sted:	Dato:
_____ Søkers underskrift	_____ evt. foresattes/hjelpeverges underskrift

Få hjelp til å fylle ut hele arket, legg et passfoto ved søknaden, og send til:

Farsund kommune, Servicetorget, Postboks 100, 4552 Farsund

Sakkyndig vurdering av søkers ledsagerbehov:

Uttalelsene bør komme fra en person som kjenner søkeren godt. Det kan gjøres av foresatte, primærkontakt, boveileder og så videre. Kryss av og kom med kommentarer til de enkelte punktene.

1. Vedkommende søker (sett kryss): psykisk utviklingshemmet
 har en psykisk lidelse
 har sammensatte/andre funksjonshemninger

Diagnose som vil ha betydning for ledsagerbehov:

2. Har søker et åpenbart behov for følge/støtte/tilsyn for å delta på kultur- og fritidsaktiviteter ? Ja Nei

Hvis ja, begrunn svaret:

3. Hvilke konsekvenser får det for en søker dersom han/hun ikke har ledsager med seg ? (må besvares).

4. Søkers ledsagerbehov er: (kryss av) Tidsbegrenset ___ 1 år ___ 2 år ___ 3 år
Varig ___
Behov for mer enn en ledsager,
evt. hvor mange: ___

5. Min funksjon overfor søkeren er: primærlege pårørende boveileder
 primærkontakt psykiatrisk sykepl.
 annet (spesifiser)

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon, arb.: _____ privat: _____

Det bekreftes at oppgitte opplysninger er riktige.

Dersom opplysningene viser seg å være uriktige er jeg innforstått med at ledsagerbeviset kan inndras med umiddelbar virkning.

Sted, dato

sakkyndiges underskrift