Osen kommune
7740 STEINSDALEN
Tlf.: 72 57 82 00
E-mail: postmottak@osen.kommune.no

Søknadsskjema
LEDSAGERBEVIS

Søker navn:	
Adresse:	
Fødseldato/pnr.	
Mobil:	

SØKERENS FUNKSJONSHEMMING:

BEGRUNNELSE FOR SØKNAD OM LEDSAGERBEVIS:

Jeg samtykker i at kommunen ved behov kan innhente uttalelse som omfatter søknaden fra fastlege, spesialhelsetjeneste, psykolog, offentlig godkjent helseinstitusjon, eller fra kommunens helse- og omsorgstjenester.

Sted/dato: _____

_____
Søkerens underskrift

_____
underskrift fra foresatte/hjelpeverge*

Legg ved 1 passfoto, samt (eventuell) uttalelse fra lege/evt. andre.

Søknaden sendes til: Osen kommune v/Helse, 7740 Steinsdalen

* gjelder når søkeren er mindreårig eller søkeren har en hjelpeverge