

Servicetorget
Rådhusgata 18
Postboks 417 Lund
4604 Kristiansand
Telefon: 38 07 50 00
Postmottak@kristiansand.kommune.no

SØKNADSSKJEMA

LEDSAGERBEVIS

NAVN:.....

ADRESSE:.....

POSTNR:..... POSTSTED:.....

FØDSELSDATO:.....skole/arbeid.....TLF,priv:.....

**Søkers 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. (se baksiden av arket)
JEG SAMTYKKER OGSÅ I AT NØDVENDIGE TILLEGGSSOPPLYSNINGER BLIR GITT AV HELSE/SOSIAL/OMSORGSETAT ELLER PRIMÆRLEGE.

Kristiansand, dato:.....

.....
Søkers underskrift

.....
evt.foresattes/hjelpeverges underskrift

SAKKYNDIG VURDERING AV SØKERS LEDSAGERBEHOV:

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

- 1. Vedkommende søker er (sett kryss):** psykisk utviklingshemmet
 har en psykisk lidelse har sammensatte/andre funksjonshemminger

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 behovet:

3. Hvilke konsekvenser får det for 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, event. hvor mange:___

- 5. Min funksjon overfor søkeren er:** primærlege primærkontakt
 boveileder psykiatrisk sykepleier annet

(spesifiser):

Skriv tydelig:

Navn:

Adresse:.....

Telefon, arbeid:.....

privat:.....

DET BEKREFTES AT OPPGITTE OPPLYSNINGER ER RIKTIGE. DERSOM OPPLYSNINGENE VISER SEG Å VÆRE URIKTIGE ER JEG INNEFORSTÅTT MED AT LEDSAGERBEVISET KAN INNDRAS MED UMIDDELBAR VIRKNING.

Kristiansand, dato:.....

.....

Sakkyndiges underskrift