



**AKERSHUS**  
FYLKESKOMMUNE

---

**SØKNADSSKJEMA**

**TRANSPORTTJENESTEN**

**FOR**

**FUNKSJONSHEMMEDE (TT)**

Sendes til:

Akershus fylkeskommune

TT – sekretariatet

Postboks 1200 Sentrum 0107 Oslo

telefon: 22 05 50 70

tirsdag – fredag: 08.00 – 15.00

---

**Postadresse**

Postboks 1200 Sentrum  
0107 Oslo

**E-post**

[postmottak@akershus-fk.no](mailto:postmottak@akershus-fk.no)

**Besøksadresse**

**Fakturaadresse**

Pb 1160 Sentrum, 0107 Oslo

**Telefon**

(+047) 22055000

**Telefax**

(+47) 22055055

**Org.nr – juridisk**

NO 958381492 MVA

**Org.nr – bedrift**

NO 874587222

## INFORMASJON OM TRANSPORTTJENESTEN FOR FUNKSJONSHEMMEDE (TT)

Formålet med TT-ordningen er å bidra til at funksjonshemmede personer som ikke kan benytte offentlig kommunikasjonsmiddel, skal ha et transporttilbud til fritidsreiser.

For å få innvilget reiserett må søkeren:

- a) ha en funksjonshemming som antas å vare lenger enn 2 år,
- b) på grunn av funksjonshemmingen være ute av stand til (på egenhånd) å benytte buss, tog og annet offentlig kommunikasjonsmiddel, og
- c) være folkeregistrert i Akershus.

Det tildeles reiserett i kategoriene ordinær, utvidet eller redusert. Utvidet reiserett gis til rullestolbrukere, psykisk utviklingshemmede, blinde eller svaksynte og personer som må benytte bærbart surstoffapparat. Søkere med store transportkostnader på grunn av behov for spesialdrosje for rullestoltransport får et ekstra tilskudd.

Redusert reiserett innvilges TT-brukere som i perioder er ute av stand til å benytte offentlig kommunikasjon, f. eks vinterstid. Det samme gjelder brukere med egen bil og personer som bor på institusjon som har transporttjeneste for sine beboere.

TT-kort innvilges til søkere som av helsemessige årsaker er ute av stand til å reise kollektivt. TT-ordningen skal ikke erstatte et manglende tilbud om offentlige transport på søkerens bosted. Avstand til holdeplass blir vurdert konkret i forhold til helseopplysninger.

TT-ordningen dekker fritidsreiser innen Akershus og Oslo, og kan i tillegg benyttes i andre deler av landet dersom drosjen har online betalingsterminal som kan avlese saldo på TT-kortet. Godkjenning som TT-bruker gis for en periode på 2 eller for 5 år, avhengig av varigheten på funksjonshemmingen.

TT-ordningen dekker ikke reiser til og fra lege, sykehus, fysikalsk- eller poliklinisk behandling, eller reiser i forbindelse med utdanning eller arbeid. Vansker med for eksempel å bære varer kvalifiserer ikke alene til å få TT-kort.

Ytterligere informasjon er tilgjengelig på [www.akershus.no](http://www.akershus.no)

Informasjon om Servicelinjer i din kommune finner du under [www.ruter.no](http://www.ruter.no)

Til internt bruk

Dato innvilget:

Kode:

Varsel dato:

Kortnummer:

## EGENERKLÆRING (legeerklæring på baksiden – ufullstendig skjema vil bli returnert)

Etternavn: (blokkbokstaver)	Fornavn: (blokkbokstaver)	Fødselsnummer: (11 siffer)
Adresse:	Etg.:	
Postnummer og poststed:	Telefon:	

Bor på institusjon: Ja  Nei  Evt. institusjonens navn: .....

Har institusjonen et transporttilbud for fritidsreiser? Ja  Nei

Mottar De stønad til bil gjennom NAV? Ja  Nei

Har De førekort og egen bil? Ja  Nei

Nåværende transportmåte:

Egen bil  Annen privat transport  Drosje  Offentlig transportmidler buss/servicelinje/tog

### Begrunnelse for søknaden

Kan De på egenhånd benytte offentlig kollektivtransport? Ja  Nei

Kan De i perioder å benytte offentlig kollektivtransport? Ja  Nei

Trenger De ledsager? Ja  Nei

Klarer De innstigning/avstigning i buss/tog? Ja  Nei

Gjelder problemet evt. også ved transport med lav innstigning? Ja  Nei

Er manglende kollektivdekning årsaken for behov for TT-kort? Ja  Nei

Navn på nærmeste bussholdeplass ..... Avstand i meter .....

Beskriv med egne ord hvorfor De er ute av stand til å benytte buss, servicelinje eller tog:

.....

.....

Undertegnede tillater at det i forbindelse med søknaden innhentes opplysninger fra lege, sykehus, fysioterapeut og psykolog som er nødvendig for behandling av søknaden, samt at alle nødvendige opplysninger kan dataregistreres.

Dato: Søkerens underskrift:

# LEGEERKLÆRING (ufullstendig utfylt skjema vil bli returnert)

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer: (11 siffer)
------------	----------	----------------------------

**Funksjonshemming**  
Bevegelsehemmet       Utviklingshemmet       Synshemmet   
Annet ..... Ved nedsatt syn oppgi visus begge øyne .....  
NYHA-klasse       1       2       3       4      (kryss av)  
Søkers diagnose:.....  
.....

**Hjelpemidler**  
Rullestol sammenleggbar       Rullestol elektrisk       Krykker/stokk   
Rullator       Avhengig av bærbart surstoffapparat

**Mulighet for bruk av offentlig kommunikasjon**  
Beskriv utfyllende søkerens vansker med å bruke offentlig kommunikasjon:  
.....  
.....  
Gjelder problemet i perioder? Beskriv.....  
Hvor langt kan søkeren gå utendørs uten hjelp? ..... meter  
Må søkeren sitte i rullestol under transport ?      Ja       Nei   
Har søkeren vansker med av- og påstigning av off. transportmidler:      Ja       Nei   
Gjelder problemet også ved universelt utformet transport med lav innstigning?      Ja       Nei   
Funksjonshemmingens varighet:  
Varighet 5 år       Varighet 2 år       Mindre enn 2 år

Legens underskrift og stempel	Dato:	Telefon:
		e-post: