



Solund kommune

Søknadsskjema

FØLGJEKORT

Namnet til søkjaren _____

Adresse: _____

Postnr: _____

Poststad: _____

Personnummer: _____

Telefon: _____

Beskriv kvifor du treng følgje:

Er funksjonsnedsettinga tidsbegrensa? Sett kryss: JA NEI
I tilfelle, kor lenge blir det antatt at funksjonshemminga vil vare? _____ år

Eg gjev med dette Solund kommune fullmakt til å innhente nødvendige opplysningar i frå NAV, lege og evt. andre relevante instansar.

Stad _____ dato _____

underskrifta til søkjaren

hjelpeverge

underskrift frå foresatte/hjelpeverge*

*gjeld når søkjaren er mindreårig eller har ein

Legg ved 2 passfoto
 legeerklæring

Send søknaden til Solund servicekontor, v/Randi Storøy, Hardbakke 26, 6924 Hardbakke