



Esbjerg
Kommune

Ansøgning om sygetransport

INDEN transporten iværksættes afleveres denne udfyldt til
SSP Forebyggelse & Vejledning, Grønlandsparken 300,
6715 Esbjerg N.

mail: ssp@esbjergkommune.dk Tlf. 7616 5280 – 76 16 52 81

Kommune: Esbjerg Kommune Torvegade 74 6700 Esbjerg		Skolens (stempel):	Nuværende uddannelse:
Navn:		Cpr. Nr.:	Tlf. nr.:
Adresse:		Postnr.:	By:
Email: Bekræftelsen kommer hurtigere frem hvis der er en email-adresse			
Følgende indtægter kan ikke give godtgørelse: Uddannelsesyndelse, orlovsydelse, revalideringsydelse, førtidspension, understøttelse, bistandshjælp under alle former, fagforeningsydelse og lignende samt elevløn.			
UDFYLDES AF LÆGEN	Lægens udtalelse: Lægen bedes besvare følgende:		
	1. Sygdommens art		
	2. Kørselens begyndelses- og sluttidspunkt. Fra d. _____ Til d. _____ Både begyndelses- og sluttidspunkt skal udfyldes.		
	3. Transport-form (hvis taxa – bedes oplyst, om ansøgeren vil blive i stand til at rejse med off. transportmiddel evt. kombineret med taxa i sygdomsperioden).		
	Bus/tog: ja: nej:	Taxa: ja: nej:	
		Lægens underskrift/stempel:	
UDFYLDES AF ELEVEN	Forældrene kan køre: ja: nej: (Hvis forældre selv kan køre, vil de blive afregnet med Statens laveste takst 2,05 pr. km i 2015).		
	Dato:	Underskrift: (for ansøgere under 18 år skal forældre eller værge underskrive).	
	(Udfyldes af skolen):	Underskrift:	
Dato:			