

FOLKETRYGDEN**Krav om stønad til tilpassingskurs for**

Søkeren fyller ut bare feltene 1-2 og beholder side 4

- Hørselshemmede Synshemmede
- Kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde

| | |
|----------------------------|------------------|
| Skal sendes til NAV lokalt | Side 1 |
|----------------------------|------------------|

For NAV lokalt

| | |
|--------------|---------------|
| Mottatt dato | Journalnummer |
|--------------|---------------|

1 Opplysninger om den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde (skal alltid fylles ut)

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------|----------------------|--|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | Bokommune | | |
| Adresse | | Postnummer og poststed | | | |
| Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | NAV-administrasjonen har min fullmakt til å innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre kravet. | | | |
| Behandlerens leges navn og adresse | | | | Søkerens underskrift | |
| Sted og dato | | | | | |
| Fylles ut dersom underskriften ovenfor ikke er egenhendig eller søkeren har fått hjelp til utfyllingen: Jeg bevitner at de spørsmålene og svarene som står ovenfor, er opplest for søkeren | | | | | |
| Dato, underskrift og stilling til den som bistår søkeren | | | Telefonnummer | | |

2 Opplysninger om pårørende (skal bare fylles ut ved søknad om kurs for pårørende)

| | | | |
|--|---------------|--------------------------------------|--|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | |
| a) | | a) | |
| b) | | b) | |
| c) | | c) | |
| Adresse | | Bokommune | |
| Postnummer og poststed | Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | |
| Slektskap eller annen tilknytning til den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde | | | |
| Sted og dato | | Underskrift av pårørende | |

3 Samlet vurdering (fylles ut av fagpersonell)

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Fortsett om nødvendig på eget ark | |
| Sted og dato | Underskrift og stilling |

4 NAV lokalts vedtak

| | | | |
|--|------|-----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Godkjent | Dato | Vedtaket registrert ➡ | Dato |
| <input type="checkbox"/> Avslått (Begrunnelse følger vedlagt.) | | EDB | Sign. |

FOLKETRYGDEN**Krav om stønad til tilpassingskurs for**

Søkeren fyller ut bare feltene 1-2 og beholder side 4

 Hørselshemmede Synshemmede
 Kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde

| | |
|---|------------------|
| Skal sendes til NAV lokalt | Side 2 |
| Etter at NAV lokalt har fattet vedtak, sendes denne siden til søkeren | |

1 Opplysninger om den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde (skal alltid fylles ut)

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|---------------|----------------------|--|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | Bokommune | | |
| Adresse | | Postnummer og poststed | | | |
| Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | NAV-administrasjonen har min fullmakt til å innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre kravet. | | | |
| Behandlerens leges navn og adresse | | | | Søkerens underskrift | |
| Sted og dato | | | | | |
| Fylles ut dersom underskriften ovenfor ikke er egenhendig eller søkeren har fått hjelp til utfyllingen: Jeg bevitner at de spørsmålene og svarene som står ovenfor, er opplest for søkeren | | | | | |
| Dato, underskrift og stilling til den som bistår søkeren | | | Telefonnummer | | |

2 Opplysninger om pårørende (skal bare fylles ut ved søknad om kurs for pårørende)

| | | | |
|--|---------------|--------------------------------------|--|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | |
| a) | | a) | |
| b) | | b) | |
| c) | | c) | |
| Adresse | | Bokommune | |
| Postnummer og poststed | Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | |
| Slektskap eller annen tilknytning til den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde | | | |
| Sted og dato | | Underskrift av pårørende | |

MELDING OM VEDTAK**Orientering til søkeren****NAV lokalt har behandlet ditt krav om stønad til tilpassningskurs.****Resultat av behandlingen fremgår av felt 4 nedenfor.****Dersom ditt krav er godkjent, dekkes reiseutgiftene til og fra kursstedet etter billigste reisemåte.****4 NAV lokalts vedtak**

| | | | |
|--|------|-----------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Godkjent | Dato | Vedtaket registrert ➡ | Dato |
| <input type="checkbox"/> Avslått (Begrunnelse følger vedlagt.) | | EDB | Sign. |

FOLKETRYGDEN**Krav om stønad til tilpassingskurs for**

Søkeren fyller ut bare feltene 1-2 og beholder side 4

 Hørselshemmede Synshemmede Kombinert syns- og hørselshemmede / døvblindeSide
3

Denne kopien beholdes av den som gir vurderingen i felt 3

1 Opplysninger om den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde (skal alltid fylles ut)

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | Bokommune |
| Adresse | | Postnummer og poststed | |
| Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | NAV-administrasjonen har min fullmakt til å innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre kravet. | |
| Behandlerens leges navn og adresse | | | |
| Sted og dato | | | |
| Fylles ut dersom underskriften ovenfor ikke er egenhendig eller søkeren har fått hjelp til utfyllingen: Jeg bevitner at de spørsmålene og svarene som står ovenfor, er opplest for søkeren | | | |
| Dato, underskrift og stilling til den som bistår søkeren | | | Telefonnummer |

2 Opplysninger om pårørende (skal bare fylles ut ved søknad om kurs for pårørende)

| | | | |
|--|---------------|--------------------------------------|--|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | |
| a) | | a) | |
| b) | | b) | |
| c) | | c) | |
| Adresse | | Bokommune | |
| Postnummer og poststed | Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | |
| Slektskap eller annen tilknytning til den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde | | | |
| Sted og dato | | Underskrift av pårørende | |

3 Samlet vurdering (fylles ut av fagpersonell)

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Fortsett om nødvendig på eget ark | |
| Sted og dato | Underskrift og stilling |

FOLKETRYGDEN**Krav om stønad til tilpassingskurs for**Side
4Søkeren fyller ut bare feltene
1-2 og beholder side 4

- Hørselshemmede Synshemmede
- Kombinert syns- og hørsels-
hemmede / døvblinde

1 Opplysninger om den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde (skal alltid fylles ut)

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------|----------------------|--|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | Bokommune | | |
| Adresse | | Postnummer og poststed | | | |
| Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | NAV-administrasjonen har min fullmakt til å innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre kravet. | | | |
| Behandlerens leges navn og adresse | | | | Søkerens underskrift | |
| Sted og dato | | | | | |
| Fylles ut dersom underskriften ovenfor ikke er egenhendig eller søkeren har fått hjelp til utfyllingen: Jeg bevitner at de spørsmålene og svarene som står ovenfor, er opplest for søkeren | | | | | |
| Dato, underskrift og stilling til den som bistår søkeren | | | Telefonnummer | | |

2 Opplysninger om pårørende (skal bare fylles ut ved søknad om kurs for pårørende)

| | | | |
|--|---------------|--------------------------------------|--|
| Etternavn, fornavn | | Fødselsnummer (11 siffer) | |
| a) | | a) | |
| b) | | b) | |
| c) | | c) | |
| Adresse | | Bokommune | |
| Postnummer og poststed | Telefonnummer | Tidsrom for kurset (f.o.m. - t.o.m.) | |
| Slektskap eller annen tilknytning til den hørselshemmede / synshemmede / kombinert syns- og hørselshemmede / døvblinde | | | |
| Sted og dato | | Underskrift av pårørende | |

SØKEREN BEHOLDER DENNE KOPIEN
Når NAV lokalt har behandlet søknaden
din, vil du motta melding om vedtaket.