

VEDLEGG TIL SØKNAD OM TILRETTELAGT SKOLESKYSS

Versjon 06.01.2021



Troms og Finnmark fylkeskommune
Romssa ja Finnmarkku fylkkagielda
Tromssan ja Finmarkun fylkinkomuuni

Samferdselsdivisjonen Unntatt innsyn jfr. Off.l. §13

Skriv tydelig!

Utfyllingsveiledning på baksiden!

1. Elevopplysninger	
Jeg søker med dette om å få tilrettelagt skoleskyss av medisinske årsaker. Jeg samtykker i at legen kan gi nødvendige opplysninger, slik at skolen og fylkeskommunen kan vurdere søknaden i forhold til gjeldende regler.	
Elevens navn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Bostedsadresse 1 (evt. Gårds- og bruksnummer):	Telefon / e-post:
Bostedsadresse 2 ved delt bosted (evt. Gårds- og bruksnummer):	Foresattes skyssanmerkninger:
Skole:	
Dato	Signatur foreldre (elev over 16 år kan signere selv):
2. Legens begrunnelse for elevens skyssbehov (Kan ikke være eldre enn 3 mnd. på søknadstidspunktet)	
For elev som søker skyss på grunn av funksjonshemming eller midlertidig skade eller sykdom, skal funksjonelle krav til skyssmiddel, og særskilte behov og hjelpemidler eleven er avhengig av, oppgis. Det må gå frem hvorfor eleven har behov for tilrettelegging. Lege fyller ut punkt 2.1 til og med 2.4 nedenfor!	
2.1 Oppgi skyssperiode:	Midlertidig tilrettelagt skyss (inntil 8 uker). Fra dato: _____ Til dato: _____
	Varig skyss tilrettelagt skyss (over 8 uker). Fra dato: _____ Til dato: _____
<p>2.2 Beskriv kort elevens funksjonsbegrensninger slik at fylkeskommunen kan ivareta skyssbehovet på best mulig måte. Fylkeskommunen vil kunne kontakte legen for nærmere informasjon. Se veiledning på neste side!! <u>Legens behovsbeskrivelse:</u></p>	<p>2.3 Hjelpemiddel (kryss av):</p> <p><input type="checkbox"/> Rullestol</p> <p><input type="checkbox"/> Sammenleggbar rullestol</p> <p><input type="checkbox"/> Eleven har behov for ledsager</p> <p>Annet: _____</p> <p>2.4 Skyssbehov (+beskrive i 2.2):</p> <p><input type="checkbox"/> Ordinær rutebuss</p> <p><input type="checkbox"/> Dør-til-dør-transport (Drosje)</p> <p><input type="checkbox"/> Må reise alene: Særskilt grunn oppgis</p> <p><input type="checkbox"/> Kjøretøy med rullestolplass</p> <p><input type="checkbox"/> Bruker egen bil/spesialbil</p> <p>Annet: _____</p>
Dato:	Legens stempel og signatur: _____ Telefon: _____
2 Skolens bekreftelse på elevens skole og adresse	
Det bekreftes at eleven går på skolen og bor på den oppgitte adressen.	
.....	Skolens skyssanmerkninger:
Dato	Skolens stempel og signatur
	Telefon
E-post adresse:	

VEDLEGG TIL SØKNAD OM TILRETTELAGT SKOLESKYSS

Versjon 06.01.2021

UTFYLLING:

1. **Elev / evt. foresatte** fyller ut del 1 og medbringer skjemaet til legen.
2. **Lege** fyller ut punkt 2 (2.1 – 2.4); beskrivelse av funksjonsbegrensninger bestemmende for transporten, og særskilte behov og hjelpemidler eleven er avhengig av.
3. **Skolen** fyller ut punkt 3, skanner skjemaet og legger det ved elevens søknad om tilrettelagt skyss i Cert.

1. Elevopplysninger

HVA	UTFYLLING
Fødselsnummer	Viktig! Søknader uten fødselsnummer vil ikke bli behandlet. For utenlandske statsborgere uten norsk fødselsnummer oppgis fødselsdato.
Bostedsadresse 1	Gateadresse, postnummer og poststed for folkeregistrert adresse. Evt. adresse der eleven bor det meste av skoletiden. Oppgi gårds- og bruksnummer dersom veiadresse ikke finnes.
Bostedsadresse 2/delt bosted	Fylles kun ut dersom eleven har delt bosted (definert som to foreldrebosteder med halve botiden hos hver av foreldrene under skolegangen. Husk i tillegg å levere utfylt foreldredokumentasjon på delt bosted til skolen. (Se våre nettsider om skoleskyss)
Telefon / e-post	Foresattes telefonnummer og evt. e-post.
Skole	Den skolen eleven har skolerett på i søknadsperioden.
Klasse/skoleår	Klassetrinn på søknadstidspunktet.
Foresattes skyssmerkninger	Opplysninger som er vesentlige for transporten; som ikke dekkes av andre punkt.
Signatur	Foresatte signerer. Elever som er fylt 16 år kan signere søknaden selv.

2. Legens bekreftelse på elevens skyssbehov

Det er ikke ønskelig med legeerklæring/diagnosebeskrivelse utover denne bekreftelsen.

For at fylkeskommunen skal kunne avgjøre skyssmiddel og iverksette forsvarlig skoleskyss, er det ikke tilstrekkelig eller ønskelig at legen oppgir et diagnosebegrep som grunnlag for skyssbehovet. Det blir ikke godtatt. Det sentrale er å beskrive funksjonsbegrensningene som gjør at eleven ikke kan gå eller ta ordinær buss til og fra skolen, slik at fylkeskommunen kan organisere forsvarlig skyss.

Fylkeskommunen har tilgang til ulike typer materiell i ulike deler av fylket for tilrettelagt skoleskyss. Materiell avgjøres på basis av elevens behov, tilgjengelighet, og at skyssen skal være samfunnsøkonomisk forsvarlig. Derfor tilstrebes samkjøring av flere elever med skyssrett fra dør til dør. Deling av transportmiddel må påregnes så fremt det ikke er dokumentert behov for alenetransport.

Ledsager grunnskole er et kommunalt ansvar. Ledsager vgs. er skolens ansvar. Sjåfør eller medelev kan ikke ha rolle som ledsager. Sjåfør vil bistå elever med spesielle behov, så som inn og ut av bussen/kjøretøyet, kontakte mottaker osv.

3. Skolens bekreftelse på elevens skole og adresse

Elev/foresatte leverer skjemaet til skolen for utfylling av pkt. 3 – bekreftelse. Her kan skolen oppgi forhold som gjelder levering og henting av eleven ved skolen.

Legeskjemaets varighet

Elever med kronisk funksjonshemming som gjennom vedtak fra fylkeskommunen er innvilget varig tilrettelagt skyss, trenger ikke å levere nytt legeskjema ved overgang til nytt skoleår, så fremt det ikke er endring eller tvil om det medisinske grunnlaget for tilrettelagt skyss. Dersom skyssbehovet endres (adresse/skole/medisinsk tilstand), skal dette meldes til skolen uten ubegrunnet opphold.

Søknad i Cert

Utfylt skjema lastes opp i utfylt stand som vedlegg til elektronisk søknad i CERT (skoleskyss-system) til fylkeskommunen. Skolen må fremme ny søknad i Cert for hvert skoleår, ved endret adresse/adresser, så som ved overgang til delt bosted, når eleven får ny medisinsk tilstand som endrer skyssbehovet, eller når eleven bytter skole.