



**ANSÖKNINGSBLANKETT FÖR ANPASSNINGSKURSEN ;
FÖR ANHÖRIGA.**

Ankomstdatum

FSPC

PSYKOSOCIALA FÖRBUNDET RF

PERSON- UPPGIFTER	Namn	Personbeteckning	
	Gatuadress	Postnr	Postadress
	E-postadress	Telefon	
	Närmaste anhörig	Telefon	
KURS- UPPGIFTER	Kursens namn		
	Kursplats	Tid	
TIDIGARE DELTA- GANDE I FSPC:S AN- HÖRIGLÅGE	<input type="checkbox"/> Jag har <u>inte</u> tidigare deltagit i Psykosociala förbundets anhörigkurs		
	<input type="checkbox"/> Jag har tidigare deltagit i Psykosociala förbundets anhörigkurs, vilket år		
UPPGIFTER	Jag är anhörig till:		
	<input type="checkbox"/> Make/maka/sambo med psykisk ohälsa		
	<input type="checkbox"/> Barn med psykisk ohälsa		
	<input type="checkbox"/> Annan närstående med psykisk ohälsa		
	Vad är det som föranleder ansökan, vill du berätta lite:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Ev. sjukdomar vi bör ta i beaktande , ev regelbunden medicinering			
Specialdiet, allergier			

Obs! Med denna blankett kan man enbart söka till anhörigkursen

FÖRVÄNTNINGAR PÅ LÄGRET	Vad förväntar du dig av kursen? _____ _____ _____										
YRKE	Yrke _____ Syssetsättningsläge Pensionssituation <input type="checkbox"/> Studerande <input type="checkbox"/> Har rehabiliteringsstöd fr.o.m. _____ t.o.m. _____ <input type="checkbox"/> Är i arbete <input type="checkbox"/> Är på pension tillsvidare <input type="checkbox"/> Arbetslös <input type="checkbox"/> Annat, vad _____ <input type="checkbox"/> Är sjukskriven fr.o.m. _____ t.o.m. _____										
BOENDE-FÖRHÅLLAN DEN	<input type="checkbox"/> Bor ensam <input type="checkbox"/> Bor med min familj <input type="checkbox"/> Annat										
FAMILJEMED-LEMMAR SOM ANSÖKER TILL ANHÖRIGKURSEN	Familjemedlemmar som söker till kursen <input type="checkbox"/> Make, maka <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Annan <table border="1" data-bbox="276 1025 1513 1301"> <thead> <tr> <th data-bbox="276 1025 1161 1070">Namn</th> <th data-bbox="1161 1025 1513 1070">Personbeteckning</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Namn	Personbeteckning								
Namn	Personbeteckning										
ÖVRIGT	Annat som Du tycket talar för att just Du/Ni borde antas till kursen _____ _____ _____ _____										
UNDER-SKRIFT	<table border="1" data-bbox="276 1671 1513 1780"> <tr> <td data-bbox="276 1671 651 1704">Ort</td> <td data-bbox="651 1671 879 1704">Tid</td> <td data-bbox="879 1671 1513 1704">Sökandens underskrift</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Ort	Tid	Sökandens underskrift							
Ort	Tid	Sökandens underskrift									

Ansökningsblanketten förvaras enl. bokföringslagen kap 2 10§ och behandlas konfidentiellt
 Returneras till: Psykosociala förbundet rf
 Rehabiliteringen
 Kanalesplanaden 19 B 13
 68600 Jakobstad