



ANSÖKNINGSBLANKETT FÖR ANPASSNINGSKURSER MED STÖD FRÅN STEA

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 KURSER	<input type="checkbox"/> Jag har <u>inte</u> tidigare deltagit i Psykosociala förbundets kurser		
	<input type="checkbox"/> Jag har tidigare deltagit i Psykosociala förbundets kurser (år och kurs)		
UPPGIFTER OM SJUKDOM/ FUNKTIONS- NEDSÄTTNI NG	Sjukdom som föranleder ansökan		
	Andra sjukdomar		
	Vårdande läkare och/eller vårdplats	Telefon	
	På vilket sätt hämmar sjukdomen funktionsförmågan (dagliga funktioner, människorelationer)		
	Regelbunden medicinering		
	Specialdiet, allergier		

FÖRVÄNTNINGAR PÅ KURSEN	Vad förväntar du dig av kursen? 										
YRKE	Yrke <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Syssetsättningsläge</td> <td style="width: 50%;">Pensionssituation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Studerande</td> <td><input type="checkbox"/> Har rehabiliteringsstöd fr.o.m. _____ t.o.m. _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Är i arbete</td> <td><input type="checkbox"/> Är på pension tillsvidare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arbetslös</td> <td><input type="checkbox"/> Annat, vad _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Är sjukskriven fr.o.m. _____ t.o.m. _____</td> <td></td> </tr> </table>	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. _____	
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										
FAMILJEKURSER (ifylls endast om det är fråga om familjekurser)	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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Namn</th> <th style="width: 30%;">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 borde antas till kursen 										
SAMTYCKE	Jag samtycker till, att de nödvändiga uppgifter gällande min rehabilitering, vilka behövs för att kunna behandla min ansökan, får ges vid behov till Psykosociala förbundet. <input type="checkbox"/> Jag samtycker <input type="checkbox"/> Jag samtycker inte										
UNDERSKRIFT	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ort</td> <td style="width: 33%;">Tid</td> <td style="width: 33%;">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