

Personuppgifter

Förnamn och efternamn

Personnummer (10 siffror)

Gatuadress

Mailadress

Postnummer och postadress

Mobiltelefon

Gruppboende

Förnamn och efternamn

Mobilnummer

Anhörig

Förnamn och efternamn

Mobilnummer

Kursval

Jag väljer i första hand: Kursens namn

Kursens datum

Jag väljer i andra hand: Kursens namn

Kursens datum

Personlig assistans

- Ja tack, jag vill ha hjälp av skolans assistenter
- Jag har med egna assistenter

Du som har ett större assistansbehov måste ha med dig personlig assistans hemifrån. Vid mindre assistansbehov kan du välja att få hjälp av skolans assistenter.

Mitt hjälpbehov bedöms som

- Egenvård Hjälp behövs av vårdpersonal (delegering)

Jag behöver hjälp med följande:

Förflyttning

	helt	delvis	ej alls
Utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från rullstol till säng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Från rullstol till toalett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Måltider

	helt	delvis	ej alls
Framtagning av mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sönderdelning av mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personlig

	helt	delvis	ej alls
Dusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tandborstning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avklädning/påkläd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jag använder följande hjälpmedel

- Rullstol, manuell
- Rullstol, el
- Rollator

Övrigt	Ja	Nej	Längd	Vikt	
Hjälp med medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Behov av specialkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Om ja, vilken?	<input type="text"/>				
			Överkänslighet eller allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Om ja, vilken?	<input type="text"/>	

OBS! Bifoga aktuell medicinlista (annars kan vi inte behandla din ansökan)

Beskrivning av funktionsnedsättning och hjälpbehov.

OBS! För att vi skall kunna hjälpa Dig på bästa sätt, MÅSTE du fylla i dina hjälpbehov och bifoga ett brev om Dig själv. I brevet skall det TYDLIGT framgå vilka behov Du har.

Plats för foto

Ansökan, medicinlista, personligt brev, personuppgiftspapper och ev. övriga handlingar skickas till:

Magnus Björkman, Ädelfors
Folkhögskola, Kunskapens väg 3,
574 53 Holsbybrunn

Faktureringsadress

Namn

Gatuadress

Postnummer, postadress