

## Personuppgifter







## Kontaktperson/närmast anhörig




## Kursval





## 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"/>
Matning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Personlig

	helt	delvis	ej alls
Bad, 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  
 Lyft

Övrigt	Ja	Nej	Längd	Vikt
Hjälp nattetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hjälp med medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Övrig information om behov	
Hjälp med injektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
I 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"/>

### Aktuell medicinering

Bifoga AKTUELL medicinlista (annars kan vi inte behandla din ansökan), övrig medicinering.

### Diagnos

Beskrivning av funktionsnedsättning och hjälpbehovet (ange diabetes, epilepsi, beskriv anfallen och förfarande vid epilepsi)

**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 och ev. övriga handlingar skickas till:

Magnus Björkman  
Ädelfors folkhögskola  
Kunskapens väg 3  
570 15 Holsbybrunn

### Faktureringsadress

Namn

Gatuadress

Postnummer, postadress

Ort och datum

Sökandes underskrift