

Personuppgifter

Förnamn och efternamn

Personnummer (10 siffror)

Gatuadress

Skriv gärna din mailadress här

Postnummer och postadress

Mobiltelefon

Gruppboende/närmast anhörig

Förnamn och efternamn

Telefon bostad

Telefon arbete

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"/>
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"/>	Övrig information om behov	
Hjälp med medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hjälp med injektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
behov av specialkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Om ja, vilken?			Överkänslighet eller allergi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>			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, personuppgiftspapper och ev. övriga handlingar skickas till:

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

Faktureringsadress

Namn

Gatuadress

Postnummer, postadress