

Ansökan om rehabilitering

Kryssa för den punkt som Er rehabiliteringsansökan gäller

- Individuell rehabiliteringsperiod, rehabiliterande vård (vuxna). Rehabilitering i anslutning till utvecklingsverksamhet **(punkt 9)**
- Terapi **(punkt 10)**
- TYK-verksamhet **(punkt 11)**
- Rehabiliterings- och anpassningskurs, ASLAK-kurs **(punkt 12)**.

Fyll ytterligare i punkterna 1–8 och 13–14

Bilagor _____ st

Personbeteckning

ANSÖKNINGSTID Rehabilitering kan beviljas tidigast från början av ansökningsmånaden.

1 SÖKANDE

Efternamn och alla förnamn _____ Yrke (nuvarande arbete) _____

Telefon (tjänst/hem) _____ E-post _____

Näradress _____

Postnummer _____ Postanstalt _____

2 REHABILITERINGSPLAN/B-UTLÅTANDE

Rehabiliteringsplan/B-läkarutlåtande

bifogas har lämnats in tidigare

lämnas in senast _____ lämnas in senare _____

3 ANNAN MOTTAGARE AV BESLUTET

Mor Far Intressebevakare eller en annan person; vem? _____

Beslutsmottagarens telefonnummer _____

4 UPPGIFTER OM ARBETE OCH STUDIER

arbetar arbetslös studerande under 16 år hemmamamma/-pappa har sjukpension/invalidpension

har rehabiliteringsstöd arbetsförmögen (har sjukdagpenning) har pension (annan än sjuk-/invalidpension)

annat, vad? _____

Nuvarande/senaste arbete eller studieområde _____ Från och med när?/Till vilket datum? _____

Vilken är/kommer att vara Er yrkesutbildning? _____

Beskriv Era nuvarande/senaste arbetsuppgifter eller studier. _____

Har det skett förändringar i Era arbetsuppgifter (t.ex. omorganisering av arbetsuppgifterna)?

Nej Ja, vad, när? _____

Har Ni tidigare arbetserfarenhet från något annat område; vad, när och hur många år? _____

5 UPPGIFTER OM SJUKDOMEN/ BEHANDLINGEN På grund av vilken sjukdom eller funktionsnedsättning söker Ni rehabilitering?

Andra sjukdomar _____

Använder Ni regelbundet läkemedel?
 Nej Ja, för vilken sjukdom? _____

Enhet som ansvarar för rehabiliteringsplanen/B-läkarutlåtandet
 hälsovårds-central sjukhuspoliklinik företagshälsovård psykiatrisk poliklinik annan (t.ex. privatmottagning)

Ansvarig enhet, adress och läkarens namn _____

Fortsätter vårdrelationen?
 Ja Nej Vårdrelationen inleddes _____ (gäller endast rehabiliterande psykoterapi)

6 UPPGIFTER MED BETYDELSE FÖR REHABILITERINGS-BEHOVET OCH GENOMFÖRANDET AV REHABILITERINGEN Beskriv med egna ord på vilket sätt sjukdomen försvårar arbetet, studierna och/eller det dagliga livets aktiviteter.

Finns det omständigheter i Er livssituation som kan tänkas påverka genomförandet av rehabiliteringen (t.ex. operation, semester eller resa)?
 Nej Ja, vad, när? _____

Behöver Ni hjälp av en annan person på grund av Er sjukdom?
 Nej Ja; med vilka rutiner? _____

Använder Ni hjälpmedel?
 Nej Ja; vad? _____

Behöver Ni tolk eller kommunikationsmedel som ersätter tal?
 Nej Ja; vad? _____

7 MÅL FÖR REHABILITERINGEN Vilka mål och förväntningar har Ni själv gällande rehabiliteringen?

8 TIDIGARE REHABILITERING Har Ni tidigare fått rehabilitering (t.ex. fysioterapi, psykoterapi, slutenvårdsrehabilitering, rehabiliteringskurser)?
 Nej Ja; vad, när, anordnare? _____

Vilken nytta har Ni haft av rehabiliteringen? _____

Hur sköter Ni själv Er hälsa (t.ex. fritidsintressen)? _____

VILKEN TYP AV REHABILITERING SÖKER NI? (av punkterna 9 -12 ifylls bara de som gäller den rehabilitering Ni söker)

9 REHABILITERINGS-PERIODER Vilken rehabiliteringsperiod söker Ni? Rehabiliteringsställe

Välj linje för individuell rehabiliteringsperiod (om det finns uppgifter)

Individuell rehabiliterings-period
 Allmän linje för barn och unga Allmän linje för vuxna Neurologisk linje för vuxna

Rehabiliterande vård (vuxna)
 Linje för barn och unga med syn- eller hörselskada Linje för vuxna med syn- eller hörselskada

Rehabilitering i anslutning till utvecklings-verksamhet
 Linje för barn och unga med sjukdomar i rörelseorganen eller reumatiska sjukdomar Linje för vuxna med sjukdomar i rörelseorganen eller reumatiska sjukdomar

Deltar Era anhöriga eller andra närstående personer i rehabiliteringen? (Deltagandet ska grunda sig på rehabiliteringsplanen/läkarutlåtande)
 Nej Ja. Antal anhöriga _____

Anhöriga/närstående som deltar

Namn	Födelsedatum	Relation till klienten
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Terapi för gravt handikappade: fysio-, tal-, ergo-, psyko-, musik-, vatten-, lymf-, rid- och bildkonstterapi samt multiprofessionell terapi, dagrehabilitering och neuropsykologisk rehabilitering.

Rehabiliterande psykoterapi: psyko-, musik- och bildkonstterapi

Rehabilitering enligt prövning: neuropsykologisk rehabilitering

Fyll i en separat punkt 10a -10d för varje terapiform som Ni söker.

10a	Vilken rehabiliteringsform söker Ni?	För vilken tid?		
	Terapin genomförs som	Terapin ges av		
	<input type="checkbox"/> individuell terapi	Plats där terapin ges		
	<input type="checkbox"/> gruppterapi	<input type="checkbox"/> mottagning, adress _____		
	<input type="checkbox"/> familjeterapi	<input type="checkbox"/> hemma, på daghem, i skolan		
	<input type="checkbox"/> parpsykoterapi			
	Besöksfrekvens	Antal besök högst	Besökets längd högst	Arvode/besök (gäller inte terapi för gravt handikappade)
	ggr/vecka	/år	minuter	euro
	Ingår handledningsbesök för föräldrar i terapin för barnet/den unga personen? (Handledningsbesöken ska grunda sig på rehabiliteringsplanen)			
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal besök	/år	Handledningen ges av:
10b	Vilken rehabiliteringsform söker Ni?	För vilken tid?		
	Terapin genomförs som	Terapin ges av		
	<input type="checkbox"/> individuell terapi	Plats där terapin ges		
	<input type="checkbox"/> gruppterapi	<input type="checkbox"/> mottagning, adress _____		
	<input type="checkbox"/> familjeterapi	<input type="checkbox"/> hemma, på daghem, i skolan		
	<input type="checkbox"/> parpsykoterapi			
	Besöksfrekvens	Antal besök högst	Besökets längd högst	Arvode/besök (gäller inte terapi för gravt handikappade)
	ggr/vecka	/år	minuter	euro
	Ingår handledningsbesök för föräldrar i terapin för barnet/den unga personen? (Handledningsbesöken ska grunda sig på rehabiliteringsplanen)			
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal besök	/år	Handledningen ges av:
10c	Vilken rehabiliteringsform söker Ni?	För vilken tid?		
	Terapin genomförs som	Terapin ges av		
	<input type="checkbox"/> individuell terapi	Plats där terapin ges		
	<input type="checkbox"/> gruppterapi	<input type="checkbox"/> mottagning, adress _____		
	<input type="checkbox"/> familjeterapi	<input type="checkbox"/> hemma, på daghem, i skolan		
	<input type="checkbox"/> parpsykoterapi			
	Besöksfrekvens	Antal besök högst	Besökets längd högst	Arvode/besök (gäller inte terapi för gravt handikappade)
	ggr/vecka	/år	minuter	euro
	Ingår handledningsbesök för föräldrar i terapin för barnet/den unga personen? (Handledningsbesöken ska grunda sig på rehabiliteringsplanen)			
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal besök	/år	Handledningen ges av:
10d	Vilken rehabiliteringsform söker Ni?	För vilken tid?		
	Terapin genomförs som	Terapin ges av		
	<input type="checkbox"/> individuell terapi	Plats där terapin ges		
	<input type="checkbox"/> gruppterapi	<input type="checkbox"/> mottagning, adress _____		
	<input type="checkbox"/> familjeterapi	<input type="checkbox"/> hemma, på daghem, i skolan		
	<input type="checkbox"/> parpsykoterapi			
	Besöksfrekvens	Antal besök högst	Besökets längd högst	Arvode/besök (gäller inte terapi för gravt handikappade)
	ggr/vecka	/år	minuter	euro
	Ingår handledningsbesök för föräldrar i terapin för barnet/den unga personen? (Handledningsbesöken ska grunda sig på rehabiliteringsplanen)			
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal besök	/år	Handledningen ges av:

11
TYK-VERKSAMHET

Vilken TYK-verksamhet (träning för att bevara och förbättra arbetsförmågan) söker Ni? Skicka också blanketterna KU108 och KU109 till FPA.

Individuell TYK TYK i grupp, gruppens namn och nummer:

Rehabiliteringsställe

12
KURSER

Till vilken kurs söker Ni? Kursens nummer (om det finns uppgifter)

Rehabiliterings- och anpassnings-kurser Kursarrangör/kursplats Kursens begynnelse tidpunkt (om det finns uppgifter)

ASLAK-kurser

Anhöriga/närstående personer som deltar i en familje- eller parkurs (gäller inte ASLAK-kurser eller TYK-verksamhet)

Namn	Födelsedatum	Relation till klienten
------	--------------	------------------------

Får Ni en handikappförmån med förhöjt eller högsta belopp?

Nej Ja. För hur lång tid gäller förmånen? _____

Söker Ni samtidigt till en rehabiliterings- eller anpassningskurs som ordnas av någon annan arrangör?

Nej Ja; till vilken kurs och vem är kursarrangör?

Om Ni tidigare har deltagit i en kurs med samma innehåll som den Ni nu söker till, motivera behovet av att delta på nytt.

SÖKANDENS SAMTYCKE TILL FÖRHANDSURVAL AV KURSDELTAGARE

I förfarandet med förhandsurval gör serviceproducenten, hälso- och sjukvården, företagshälsovården eller en handikapporganisation ett förhandsurval utifrån kundernas ansökningshandlingar och skickar sina rekommendationer med ansökningarna till FPA. Med sin underskrift av ansökan ger sökanden sitt samtycke till förhandsurvalet såvida han eller hon inte har samtyckt till förhandsurvalet genom att kryssa för punkten nedan.

Jag samtycker inte till att mina uppgifter används vid förhandsurvalet. Denna ansökan ska vidarebefordras till FPA för beslut.

13
YTTERLIGARE
UPPGIFTER
OCH URVALS-
ARRANGÖRENS
REKOMMEN-
DATION

En FPA-tjänsteman har kompletterat uppgifterna tillsammans med den sökande och har skrivit in sina initialer vid de punkter som kompletterats. Tjänstemannens namn:

14
UNDERSKRIFT

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela om de ändras.

Datum Sökandens underskrift och namnförtydligande

Närmare information om FPA-rehabiliteringen får Ni på FPA:s webbplats www.fpa.fi och från serviceproducenterna www.fpa.fi/rehabilitering › Sökning av serviceproducent. FPA har enligt 59 och 60 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner rätt att få de uppgifter som är nödvändiga för avgörandet av ett rehabiliteringsärende. Dessa uppgifter har FPA rätt att få av bl.a. statliga och kommunala myndigheter, verksamhetsenheter för hälso- och sjukvården, arbetsgivarna samt av dem som genomför rehabiliteringen. FPA har rätt (63 §) att lämna ut erhållna uppgifter till den som genomför rehabiliteringen och till den som ansvarar för vården och rehabiliteringen av klienten samt uppgörandet av rehabiliteringsplanen när uppgifterna behövs för att genomföra rehabiliteringen.

De uppgifter som FPA har fått för att kunna avgöra detta förmånsärende kan också användas för ett annat förmånsärende om uppgifterna enligt lag ska beaktas i samband med ärendet. Likaså kan uppgifter som erhållits i samband med en annan förmån användas vid avgörandet av detta förmånsärende. På FPA-byrån får Ni information om var FPA kan hämta uppgifter om Er och till vem de kan lämnas ut.