

**Finnilco ry**  
**Malms handelsväg 26**  
**00700 Helsingfors**

**Ansökan inkom**

<b>Personuppgifter</b>	Namn		Personbeteckning
	Adress		Hemkommun
	Postnummer	Postanstalt	Telefon
	E-post		
<b>Kursuppgifter</b>	Jag vill delta i följande anpassningsträningkurs anordnad av Finnilco:		
	Kursens namn och plats		
	Tidpunkt för kursen		
	Om jag inte kommer med på ovannämnda kurs ansöker jag om att få delta i följande kurs/-er: (Ej obligatorisk uppgift)		
	Alternativ 1 namn och plats		Tidpunkt
	Alternativ 2 namn och plats		Tidpunkt
<b>Tidigare rehabilitering</b>	<input type="checkbox"/> Jag har inte tidigare deltagit i kurser för stomi- och reservoaropererade <input type="checkbox"/> Jag har deltagit tidigare: <input type="checkbox"/> Jag har ansökt tidigare men inte blivit vald		
<b>Uppgifter om stomi- eller reservoaroperation</b>	Stomi- eller reservoaroperation på grund av vilken jag ansöker till kursen		När opererades du?
	<input type="checkbox"/> Ileostomi <input type="checkbox"/> Kocks blåsa <input type="checkbox"/> Analinkontinens <input type="checkbox"/> Kolostomi <input type="checkbox"/> IPAA (J-påse) <input type="checkbox"/> KTS (=korttarmssyndrom) <input type="checkbox"/> Urostomi <input type="checkbox"/> Annat, vad?		
	Sjukdom som ledde till operation		När insjuknade du?
	Andra sjukdomar		
	Upplever du några problem vid stomiskötseln eller försvårar din sjukdom ditt dagliga liv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarade ja, hur påverkar stomi/sjukdom ditt dagliga liv och dina förhållanden?		
Specialdiet, allergier, hjälpmedel, andra eventuella specialbehov			

<b>Målsättningar för kursen</b>	Varför vill jag delta i kursen, vad hoppas jag att få ut av den? Kom ihåg, att behov av kursen och målsättningar påverkar val av deltagare.
<b>Närmast anhörig – Alla fyller i</b>	Närmast anhörig, adress, telefonnummer – Kontaktperson i nödfall vid t.ex. sjukdom
<b>Närstående-kurser – Ifylls vid ansökan tillsammans med en närstående</b>	Närstående som ska delta i kursen <input type="checkbox"/> Make/maka <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Någon annan, vem?
	Namn, adress, telefon <span style="float: right;">Personbeteckning</span>
<b>Rehabiliteringspenning och reseersättning</b>	<p>Du kan få reseersättning från Fpa. Resan ersätts i regel enligt det billigaste färdmedlet och för den del som överstiger självrisk. Du kan få rehabiliteringspenning om du är 16–67 år och förhindrad att sköta ditt arbete på grund av rehabiliteringen. Närmare information fås hos Fpa.</p> <p>Jag kommer att söka rehabiliteringspenning hos Fpa      Jag kommer att söka reseersättning hos Fpa</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej      <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>För att få ersättning krävs läkarintyg eller läkarens rekommendation eller remiss som bifogas som bilaga till kursansökan.</p>
<b>Övriga uppgifter</b>	
<b>Tillåtelse</b>	<p>Jag godkänner att mina uppgifter får lämnas ut till myndigheter och rehab-ansvariga samt att uppgifterna lagras i Finnlicos register.</p> <p>Ort <span style="float: right;">Datum</span> <span style="float: right;">Sökandens / målsmans underskrift</span></p>
<b>Läkarens, stomiskötarens eller hälsovårdarens rekommendation (om ett separat utlåtande inte finns)</b>	<p>Nuvarande hälsotillstånd och målsättningar för kursen</p> <p>Datum <span style="float: right;">Referentens underskrift</span></p>
<b>Finnilco antecknar</b>	<p><input type="checkbox"/> Antagen till kursen      <input type="checkbox"/> Ansökan avslagen</p> <p><input type="checkbox"/> Reservplats      Datum <span style="float: right;">Kursledarens underskrift</span></p>