



ANSÖKAN OM VISTELSE PÅ FURUBODA

Efternamn, tilltalsnamn: _____ Personnr: _____

Gatuadress: _____ Telefon: _____

Postnr och postort: _____ Telefon arbete: _____

E-post: _____ Mobiltelefon: _____

Närmaste anhörig: _____ Telefon: _____

**Under vistelsen aktuell
kontaktperson:** _____ Telefon: _____

Vistelsen avser: _____ Tiden: _____

2:a hands val: _____

Assistans eller medföljande sällskap

Jag önskar assistans av Furubodas personal. _____

Jag är beviljad assistentersättning LASS av Försäkringskassan _____ tim/dag

Jag har medföljande assistent/er med mig under hela min vistelse. Antal: _____

Jag har medföljande assistent/er under vistelsen, men behöver även få assistans av Furubodas personal. _____

Antal tim/dag _____ Ungefär vilka tider: _____

Jag klarar mig helt utan assistans av Furubodas personal. _____

Jag önskar bo gemensamt med medföljande assistent, namn: _____

Medföljande assistent önskar bo i annat rum, namn: _____

Övriga assistenters namn: _____

Jag kommer INTE att bo på Furuboda

Rummen är inte enhetligt utrustade. **Vissa rum har TV och kylskåp, medan andra inte har det.**
Rummen kan också förändras i utrustning och karaktär från år till år p.g.a. renovering eller omändring.
Var man kommer att bo under sin vistelse, kan man inte påverka eftersom det handlar om behov.

Diet /specialkost _____
(avser även medföljande assistent eller sällskap)

Specialkost och dieter kan tillgodoses med råvor godkända av Livsmedelsverket.
Önskar man annan råvara rekommenderar vi att man tar den med.

För vår administration och för att kunna skicka information till dig registreras din ansökan med personuppgifter i Furubodas register

Datum

Underskrift

Tjänsteställe / relation om annan än den sökande

Ansökan insändes till Skolkansli, Furuboda, 296 86 ÅHUS

**Denna sida måste fyllas i av dig som ska ha assistans
eller avlösning av Furubodas personal
OBS Vid varje tillfälle**

Diagnos samt kort beskrivning av funktionsnedsättning

(måste fyllas i vid varje ansökningstillfälle)

Ytterligare information, använd sista sidan

Överkänslighet

Rutiner - morgon och kväll:

Medicin (klockslag, stöd, tillsyn):

Mat och dryck (hjälpmedel, stöd):

Övrigt:

Hjälmedel som medtages

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manuell rullstol | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Elrullstol | <input type="checkbox"/> Duschstol |
| <input type="checkbox"/> Lyft | <input type="checkbox"/> Övrigt _____ |

Hjälpmiddel som önskas

- | | | |
|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elsäng | <input type="checkbox"/> Larm | <input type="checkbox"/> Ep-larm |
| <input type="checkbox"/> Lyft (tag med lyftsele) | Obs! Medtag egen duschstol om den är specialanpassad. | |
| <input type="checkbox"/> Övrigt | | |

Underskrift av ansvarig servicegarant / sjuksköterska / läkare
(ej nödvändigt om du ej önskar assistans eller insats av Furuboda)

Telefonnummer