



TioHundra AB Norrtälje Habiliteringscenter

Ansökan om habiliteringsinsatser för vuxna från 18 år

Ansökan avser

Namn		Personnummer	
Adress			
Postnummer		Postadress	
Telefon bostad		Telefon arbetet	Mobiltelefon:
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Språk	
Tidigare kontakt med habiliteringen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Vilken enhet	

Boende

<input type="checkbox"/> Egen bostad	<input type="checkbox"/> Föräldrahem	<input type="checkbox"/> Gruppboend	<input type="checkbox"/> Annat
--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Arbetsplats/daglig verksamhet eller skola

--

Funktionsnedsättning/diagnos

--

Problem/behov:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Journalkopior/utredning bifogas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
MRSA provtagning gjord	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Jag tillåter att handlingar som behövs i habiliteringsarbetet får inhämtas från:

Kommun/Socialtjänst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
Sjukvård/Husläkare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
Försäkringskassa	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
Andra myndigheter:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Handlingar:
<input type="checkbox"/> Jag är införstådd med att jag när som helst har rätt att ta tillbaka detta medgivande.			

God man

Namn		
Adress		
Postnr	Postadress	
Telefon bostad	Telefon arbete	Mobiltelefon

Ansökan insänd av

<input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Annan:	Namn	
Adress		
Postnummer	Postadress	
Telefonnummer bostad	Telefonnummer arbete	Mobiltelefon

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

I och med att ansökan om insatser inkommer sker registrering i TioHundra AB:s journalsystem.