

KURSSIN NIMI	Kurssi-aika ja paikka
--------------	-----------------------

HAKIJAN NIMI	Henkilötunnus
Osoite	
Postinumero ja -toimipaikka	Kotikunta
Puhelin kotiin / työhön (suuntanumeroineen)	
Ammatti	

TYÖTILANNE <input type="checkbox"/> Olen työssä <input type="checkbox"/> Olen työtön <input type="checkbox"/> Opiskelen <input type="checkbox"/> Olen sairauslomalla ajalla _____	ASUMINEN <input type="checkbox"/> Asun yksin <input type="checkbox"/> Asun perheen kanssa <input type="checkbox"/> Muu
ELÄKETILANNE <input type="checkbox"/> Olen kuntoutustuella (määräaikaisella eläkkeellä) alkaen _____ <input type="checkbox"/> Olen toistaiseksi eläkkeellä alkaen _____ <input type="checkbox"/> Muu, mikä _____	SAATKO HOITOTUKEA TAI VAMMAISTUKEA? <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Saan, määrä _____ _____ euroa kuukaudessa

AIKAISEMPI KUNTOUTUS <input type="checkbox"/> Olen osallistunut aikaisemmin; vuosi ja kurssijärjestäjä? <input type="checkbox"/> Olen saanut muuta kuntoutusta; mitä, milloin?	<input type="checkbox"/> En ole osallistunut aikaisemmin kursseille
---	---

TAVOITTEESI KURSSILTA: Miksi haluat kurssille ja mitä odotat saavasi siltä?
--

KURSSILLE HAKEVAT PERHEENJÄSENENET (täytetään vain, mikäli kyseessä on perhekurssi) <input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Vanhempi <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Muu, kuka?

Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus
Nimi	Henkilötunnus

KUNTOUTUSKURSSI-HAKEMUS

Raha-automaattiyhdistyksen rahoittamaan kuntoutukseen

(Huom! Lomakkeella ei voi hakea KELAN kuntoutuksena järjestettävälle kuntoutuskurssille)

Hakemuksen saapumispäivä

____ / ____ 20____

VALINTAA KOSKEVAT TIEDOT

(Kurssijärjestäjä täyttää)

Hyväksytty

Hakemus palautetaan kurssijärjestäjälle:



Mielenterveyden keskusliitto

KUNTOUTUS

Ratakatu 9
00120 Helsinki
Puh. (09) 565 7730
Fax (09) 565 77333
www.mtkl.fi

Sairaus, jonka perusteella kurssia haetaan	Sairastumisaika
Muu sairaus	Sairastumisaika
Hoitava lääkäri ja/tai hoitopaikka	Puhelin
Miten sairaus haittaa selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, työssä ja ihmissuhteissa?	
Säännöllinen lääkitys	Erityisruokavalio, allergiat, muut mahdolliset hoitotoimenpiteet
LÄÄKÄRIN / TERAPEUTIN / OMAHOITAJAN SUOSITUS (voidaan myös esittää erillisenä lausuntona) Diagnoosi ja numero Sairauden kehitys, nykyinen tila ja kurssille asetetut tavoitteet suhteessa kuntoutussuunnitelmaan	Lisätiedot, muuta valinnassa huomioitavaa Kuntoutusasianne käsittelyssä ja toteuttamisessa voi Mielen- terveyden keskusliitto joutua luovuttamaan ja/tai pyytämään tarvittavia tietoja kuntoutukseenne liittyviä asioita käsittele- viltä tahoilta. Tällaisia voivat olla mm. Kela ja kuntoutuksen lähettävä taho. <input type="checkbox"/> Suostun siihen, että Mielen-terveyden keskusliitto voi saada ja luovuttaa kuntoutusasiaani koskevia tietoja kuntoutuksestani huolehtiville tahoille, siltä osin kuin se on tarpeellista kuntoutukseni toteuttamisen kannalta. <input type="checkbox"/> En suostu. Miltä osin ette suostu? Vakuutan antamani tiedot oikeiksi Paikka ja aika _____/____/20____ Hakijan allekirjoitus
Päiväys Suosituksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys Ammatti ja puhelinnumero	