



ANSÖKAN

Nr _____/20_____

Har ankommit _____

Boende- och stödtjänster för personer som genomgår mentalvårdsrehabilitering, SOITE

Den sökandes personuppgifter

Namn: _____

Personbeteckning: _____

Gatuadress: _____

Postadress: _____

Hemkommun: _____

Tfn: _____

Utkomst: _____

Tjänsten du ansöker om

Boendetjänster	
Hemrehabilitering	
Neuropsykiatrisk rehabilitering	
Arbetsverksamhet	
Gruppverksamhet, vilken grupp:	
Något annat, vad:	

Den sökandes egen motivering för behovet av service.

Berätta med egna ord varför du ansöker om plats på en rehabiliterande boendeenhet eller om rehabiliterande service. Beskriv noggrant vad du behöver hjälp med. Berätta om dina egna förväntningar och mål för rehabiliteringen. Berätta även om du är oroad över något eller om du funderar på något gällande rehabiliteringen eller flyttandet till boendeenheten. Här kan även inkluderas de närståendes, familjens eller släktingarnas tankar om klientens behov av service.

_____ Vid behov kan du fortsätta på baksidan.

Den sökandes medgivande för behandlingen av hans/hennes ärenden.

Jag ger mitt medgivande för att mina ärenden i fråga om service behandlas i Servicehandledningsteamet för personer som genomgår mentalvårdsrehabilitering. Det är möjligt att enheterna inom Soites social- och hälsovårdsservice utbyter information.

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Öppenvårdens mångprofessionella teams motiveringar för behovet av service. Bör även inbegripa öppenvårdens läkares syn på situationen.

Öppenvårdens kontaktperson: _____
 Kontaktuppgifter: _____
 Eventuell intressebevakare: _____

Tjänsten som det ansöks om

Boendetjänster	
Hemrehabilitering	
Neuropsykiatrisk rehabilitering	
Arbetsverksamhet	
Gruppverksamhet, vilken grupp:	
Något annat, vad:	

Motiveringar för varför den sökande borde väljas för rehabiliterande boende eller stödtjänst (styrkor, områden som bör stärkas, klientens motivation, målen och förväntningarna gällande rehabiliteringen). Beskrivning av behovet av hjälp. Om klienten ansöker om boendetjänster inkluderas en bedömning och beskrivning av behovet av stöd dygnet runt och av hurudant stöd klienten behöver.

 _____ Vid behov kan du fortsätta på baksidan

Beskrivning av det stöd som klienten får för närvarande. Beskrivning av både den officiella och den icke-officiella (det nära nätverket) hjälpen.

Som bilaga en kopia av den senaste service-/rehabiliteringsplanen eller en hänvisning till patientjournalen.

Datum för senaste RAI-bedömningen: _____

Ansökan sänds till:

Raija-Leena Rekilä / ANSÖKAN
 Ansvarsområdets chef
 Boende- och stödtjänster för personer som genomgår mentalvårdsrehabilitering/SOITE
 Mariegatan 16-20
 67200 Karleby