

Egenansökan till Habiliteringen för personer från 18 år

ANSÖKAN GÄLLANDE	
Namn:	Personnummer:
Adress:	
Postnummer:	Ort:
Telefon:	
<input type="checkbox"/> Jag behöver tolk	Språk:
<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att habiliteringen tar kontakt med mig via 1177. (Förutsätter att du har aktiverat aviseringar från 1177.se)	

DIAGNOS/FUNKTIONSNEDSÄTTNING
Vad har du för diagnos/funktionsnedsättning?
Beskriv vilka problem din funktionsnedsättning innebär i vardagen (till exempel gällande skola, sysselsättning, försörjning, socialt, familjesituation, vardagligt fungerande):
Vad vill du ha hjälp med från habiliteringen?

ANDRA PÅGÅENDE KONTAKTER:

Habiliteringen använder sig av sammanhållen journalföring. Du kan läsa mer på www.1177.se. Har du frågor, kontakta oss.

Samtycker att habiliteringen tar del av nödvändiga journaler

Har haft kontakt med Närvårdsteamet för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

UTREDNING/BEDÖMNING SOM STYRKER DIAGNOS/FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Bifogar utredning/bedömning från:

Annan vårdgivare Utredningen finns i Region Uppsalas journal

Socialtjänst

Arbetsförmedling

Skola

UPPGIFTER OM GOD MAN

Namn:

Adress:

Postnummer:

Ort:

Telefon:

Jag har inte god man

DENNA ANSÖKAN HAR GJORTS I SAMRÅD MED

Namn:

Verksamhet:

Adress:

Telefon:

Datum:

Ort:

Underskrift av sökande:

Underskrift av yrkesperson:

Påskriften ansökan skickas till:

Nära vård och hälsa, Habiliteringens remissbedömning, Box 260 74, 750 26 Uppsala