

*Mötas*



*Lära*



*Växa*



**FURUBODA**   
*Folkhögskola*

**Adress** Furuboda folkhögskola, 296 86 Åhus • **Telefon** 044-781 46 34  
**E-post** fhsk@furuboda.se • **Hemsida** www.furuboda.org

# ANSÖKAN OM KORTKURS PÅ FURUBODA

Efternamn, tilltalsnamn: ..... Personnr: .....

Gatuadress: ..... Telefon: .....

Postnr och postort: ..... Mobiltelefon: .....

E-post (som är aktiv): .....

Närmast anhörig: ..... Telefon: .....

Kontaktperson under kursen: ..... Telefon: .....

Söker kursen: ..... Datum: .....

Andrahandsval: ..... Datum: .....

## Assistans eller medföljande sällskap

- Jag önskar assistans av Furubodas personal.
- Jag önskar inte assistans av Furubodas personal.
- Jag har medföljande assistent/er under kursen, men behöver även få assistans av Furubodas personal.

Antal tim/dag: ..... Önskade tider: .....

- Jag är beviljad assistansersättning av Försäkringskassan ..... tim/dag.
- Jag har ..... (antal) medföljande assistent/er med mig under kursen, de är här ..... (antal) åt gången.
- Jag har assistent/er som behöver eget rum för att sova dagtid ..... (antal).
- Jag önskar bo gemensamt med medföljande assistent/er ..... (antal).

Namn på assistent/er: .....

- ..... (antal) medföljande assistent/er önskar bo i annat rum

Namn på assistent/er: .....

Ej boende 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 på grund av renovering eller omändring.

Var man kommer att bo under sin vistelse, kan man inte påverka eftersom det handlar om behov.

Diet/specialkost - kursdeltagare: .....

Diet/specialkost - medföljande: .....

Ansökan insändes till:  
**Skolkansliet Yngsjö**  
**Furuboda folkhögskola**  
**296 86 Åhus**

Gluten-, laktos- och mjölkproteinfri mat erbjuds alltid.

**För övrig specialkost krävs läkarintyg.**

Specialkost och dieter kan tillgodoses med råvaror godkända av Livsmedelsverket.

Önskas annan råvara rekommenderar vi att man tar med den.

Denna sida måste fyllas i av dig som ska ha assistans eller avlösning av Furubodas personal. OBS! Vid varje tillfälle - gäller även om du varit på Furuboda flera gånger!

Diagnos samt kort beskrivning av funktionsnedsättning (måste fyllas i vid varje ansökningstillfälle):

.....  
.....  
.....

För ev. ytterligare information, använd baksidan

**Överkänslighet:** .....

Rutiner - morgon och kväll: .....

.....  
.....  
.....  
.....

Medicin (klockslag, stöd, tillsyn): .....

.....  
.....

Mat och dryck (hjälpmedel, stöd): .....

.....  
.....

Övrigt: .....

.....  
.....

### Hjälpmedel som medtages

- Elrullstol  Manuell rullstol
- Rollator  Duschstol
- Lyft  Övrigt: .....

### Hjälpmedel som önskas

- El-säng  Larm  Ep-larm  Lyft (tag med lyftsele)
- Duschpall  Övrigt: .....

Finns det särskilda önskemål ang. behov av rum/hjälpmedel, tag kontakt med skolkansliet 044-781 46 34, så försöker vi hitta en lösning.

..... Datum och underskrift

..... Tjänsteställe/relation om annan än den sökande

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

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

..... Telefonnummer