

## ANSÖKAN OM REHABILITERING (30–100 % INVALIDER)

| UPPGIFTER OM DEN SÖKANDE |  |                  |  |
|--------------------------|--|------------------|--|
| Skadenummer              |  | Personbeteckning |  |
| Efternamn                |  |                  |  |
| Förnamn                  |  |                  |  |
| Gatuadress               |  |                  |  |
| Postnummer               |  | Postanstalt      |  |
| Telefon                  |  | E-post           |  |

| UPPGIFTER OM REHABILITERING (välj en rehabiliteringsform)  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Slutenvårdsrehabilitering (4 veckor)<br><input type="checkbox"/> Dagrehabilitering (20 dagar)<br><input type="checkbox"/> Stödd rehabilitering i hemmet (24 behandlingstillfällen)<br><input type="checkbox"/> Öppenvårdsrehabilitering (24 behandlingstillfällen)<br><input type="checkbox"/> Öppen rehabilitering i hemmet (24 behandlingstillfällen) | <b>!</b> Om ni vill dela rehabiliteringen med maken/makan, fyll också i den sista sidan av ansökan. |
| Rehabiliteringsinrättningens namn och tidpunkt, om ansökan gäller slutenvårdsrehabilitering, dagrehabilitering eller stödd rehabilitering i hemmet:  |   |
| Rehabiliteringsinrättningens namn  |   |
| Önskad tidpunkt  |   |
| Precisera behandlingsformerna av öppenvårdsrehabilitering för betalningsförbindelsen (högst 24 behandlingstillfällen):   |   |
| <input type="checkbox"/> fysioterapi   | behandlingstillfällen   |
| <input type="checkbox"/> massage   | behandlingstillfällen   |
| <input type="checkbox"/> fotvård   | behandlingstillfällen   |

| MELLANREHABILITERING  |
|---|
| Välj den behandlingsform som motsvarar mellanrehabiliteringen. Mellanrehabilitering söks endast en gång, varefter betalningsförbindelsen gäller tills vidare.   |
| <input type="checkbox"/> Öppenvårdsrehabilitering (15 behandlingstillfällen)<br><input type="checkbox"/> Öppen rehabilitering i hemmet (15 behandlingstillfällen)<br><input type="checkbox"/> Stödd rehabilitering i hemmet (15 behandlingstillfällen)<br><input type="checkbox"/> Jag ansöker inte om mellanrehabilitering |



| KARTLÄGGNING AV FUNKTIONSFÖRMÅGAN<br>(fyll i om ansökan gäller slutenvård- eller dagrehabilitering) |   |
|---|---|
| Rörelseförmåga  | <input type="checkbox"/> normal eller nästan normal <input type="checkbox"/> något försämrad<br><input type="checkbox"/> behöver hjälp av en annan person |
| Att tvätta sig  | <input type="checkbox"/> klarar det själv <input type="checkbox"/> behöver hjälp ibland <input type="checkbox"/> hjälp behövs hela tiden                  |
| Att klä på sig  | <input type="checkbox"/> klarar det själv <input type="checkbox"/> behöver hjälp ibland <input type="checkbox"/> hjälp behövs hela tiden                  |
| Måltider  | <input type="checkbox"/> klarar det själv <input type="checkbox"/> behöver hjälp ibland <input type="checkbox"/> hjälp behövs hela tiden                  |
| Hjälpmedel som används  | <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> ja, vilken/vilka:   |
| Boende  | <input type="checkbox"/> bor hemma <input type="checkbox"/> bor på en serviceboendeenhet  |
| Mer information   |   |

- i** Vi rekommenderar att man alltid bifogar ett läkarutlåtande till ansökan om hälsotillståndet har försämrats betydligt efter föregående rehabiliteringsperiod eller om det har gått mer än två år sedan föregående rehabiliteringsperiod. Dessutom ska det alltid finnas ett läkarutlåtande när man för första gången ansöker om anstalts- eller dagrehabilitering. Till ansökan om öppen rehabilitering behövs ingen behandlingsordination bifogas.
- i** Skicka in ansökningen elektroniskt via den krypterade e-tjänsten <https://turvaviest.valtiokonttori.fi>.
- i** Ansökningen kan även skickas per post: **Statskontoret, PB 60, 00054 STATSKONTORET**. Alla inlämnade dokument omvandlas till elektroniskt format och samtidigt förstörs pappersdokumenten.

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Genom att lämna in ansökan försäkrar jag att de uppgifter jag gett i ansökan är riktiga. Statskontoret får vid behov skicka mina hälsouppgifter till rehabiliteringsinrättningen. |                                   |
| Plats och tid   | Underskrift och namnförtydligande |
| Ifall ansökan är ifylld för den sökandes räkning, behövs namn och kontaktuppgifter om den som fyllt i ansökan (den sökandes underskrift behövs ej)                                |                                   |



## BILAGA: ATT DELA REHABILITERINGEN MED MAKEN/MAKAN

- i** En förutsättning för delad rehabilitering är att den skadade eller insjuknade redan har fyllt 65, eller fyller 65 senast under det kalenderår när rehabiliteringen börjar
- i** Vi rekommenderar att man alltid bifogar ett läkarutlåtande till ansökan om hälsotillståndet har försämrats betydligt efter föregående rehabiliteringsperiod eller om det har gått mer än två år sedan föregående rehabiliteringsperiod. Dessutom ska det alltid finnas ett läkarutlåtande när man för första gången ansöker om anstalts- eller dagrehabilitering. Till ansökan om öppen rehabilitering behöver ingen behandlingsordination bifogas. Statskontoret ersätter inte kostnader för makens/makans läkarutlåtande, behandlingsordination eller resekostnader.
- i** Makarna kan välja olika rehabiliteringsformer.

| UPPGIFTER OM MAKEN/MAKAN |  |
|--------------------------|--|
| Efternamn                |  |
| Förnamn                  |  |
| Personbeteckning         |  |

| UPPGIFTER OM REHABILITERING (välj en rehabiliteringsform)  |                       |
|--|-----------------------|
| Av min rehabiliteringsperiod ger jag åt min maka/make <input type="checkbox"/> 1 vecka <input type="checkbox"/> 2 veckor   |                       |
| <input type="checkbox"/> Slutenvårdsrehabilitering (7 eller 14 dagar)<br><input type="checkbox"/> Dagrehabilitering (5 eller 10 dagar)<br><input type="checkbox"/> Stödd rehabilitering i hemmet (6 eller 12 behandlingstillfällen)<br><input type="checkbox"/> Öppenvårdsrehabilitering (6 eller 12 behandlingstillfällen)<br><input type="checkbox"/> Öppen rehabilitering i hemmet (6 eller 12 behandlingstillfällen) |                       |
| Rehabiliteringsinrättningens namn och tidpunkt, om annan än invalidens:  |                       |
|  |                       |
| Precisera behandlingsformerna av öppenvårdsrehabilitering för betalningsförbindelsen (totalt max. 10 behandlingstillfällen):   |                       |
| <input type="checkbox"/> fysioterapi   | behandlingstillfällen |
| <input type="checkbox"/> massage   | behandlingstillfällen |
| <input type="checkbox"/> fotvård   | behandlingstillfällen |

