

Jag ansöker primärt om rehabilitering i

rehabiliteringsanstalt      dagrehabilitering      öppen rehabilitering (fysikalisk vård)

<b>SÖKANDENS PERSON- UPPGIFTER</b>	Släktnamn	Personbeteckning
	Förnamn	Telefon
	Näraddress	
	Postnummer	Postanstalt
	Hemkommun	Modersmål
	Närmaste anhörig, adress och telefonnummer	

<b>HUR KLARAR SÖKANDEN AV DAGLIGA SYSSLOR</b>	Rörelseförmåga	normal eller nästan normal	behöver hjälp av någon annan
	Att klä på sig	klarar sig själv	behöver hjälp av någon annan
	Rökning	nej	ja
	Hjälpmedel	har inte något hjälpmedel	har hjälpmedel, vilken? _____
	Vilka andra funktioner förutsätter hjälp?		

<b>TILLÄGGS- UPPGIFTER</b>	Önskemål angående rehabiliteringstidpunkten	Önskemål angående rehabiliteringsanstalten
<b>DELAD REHABILIT- TERING</b>	Anstaltsrehabiliteringsperioden kan delas med make/maka.  Jag vill dela anstaltsrehabiliteringsperioden med maken/makan.	
	Makens / makans namn	Makens / makans personbeteckning

Jag försäkrar att jag enligt lagen om rehabilitering av frontveteraner (lag 1184/1988), lagen om skada ådragen i militärtjänst (404/1948), trafikförsäkringslagen eller lagen om olycksfallsförsäkring eller lagen om olycksfallsförsäkring för lantbruksföretagare (279/1959, 608/1948, 1026/1981) inte är berättigad till rehabilitering.

<b>UNDER- SKRIFT</b>	Ort och datum	Sökandens underskrift
		Namnförtydligande

<b>BILAGOR</b>	När man ansöker om anstaltsrehabilitering eller dagrehabilitering skall till ansökan alltid bifogas ett läkarutlåtande om sökandens hälsotillstånd och behovet av rehabilitering. Om ansökan gäller delad rehabilitering skall också makans / makens läkarutlåtande bifogas. Ansökan till öppen rehabilitering skall åtföljas av en av läkare utfärdad undersöknings- och behandlingsordination. Statskontoret ersätter inte kostnaderna för läkarutlåtande.
----------------	---

Blanketten skickas till Statskontoret till adressen:  
Statskontoret, Försäkring, Militärskade och veteranärenden PB 60, 00054 STATSKONTORET.