


 Närmare information på www.fpa.fi/rehabilitering

 Skicka ansökan och bilagorna till adressen
 Folkpensionsanstalten, PB 10, 00056 FPA.

 Blanketten ska fyllas i av en företrädare för den sökandes välfärdsområde.

1. Uppgifter om den unga

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

2. Planen gäller tiden

_____ – _____

3. Vårdnadshavare eller intressebevakare som deltagit i uppgörandet av planen

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

Efternamn och förnamn

Telefonnummer

4. Företrädare för välfärdsområdet och andra sakkunniga som deltagit i uppgörandet av planen

Namn, tjänsteställning och telefonnummer för kontaktperson vid välfärdsområdet

Andra sakkunniga som deltagit i uppgörandet av planen (namn, tjänsteställning och telefonnummer)

5. Bedömning av de personer som deltagit i uppgörandet av planen om hur sjukdomen eller funktionsnedsättningen inverkar på den ungas yrkesval, studier och arbetsförmåga

6. Målet för den yrkesinriktade rehabiliteringen

Vilket yrke eller vilken examen har den unga tänkt sig?

Hur har branschens eller utbildningens lämplighet utretts?

Är syftet med rehabiliteringen att den unga ska få avlönat heltids- eller deltidsarbete eller skaffa sig förvärvsinkomster på den öppna arbetsmarknaden?

7. Plan för yrkesinriktad rehabilitering

Läroanstalt, utbildningsprogram, kompetensområde eller studielinje

Annan verksamhet som syftar till yrkesinriktad rehabilitering och sysselsättning (till exempel verkstadsverksamhet, arbetsprövning eller arbetspraktik)

8. Särskilda stödåtgärder

 Ange separat de stödåtgärder som välfärdsområdet, läroanstalten och andra aktörer ordnar.

Vilka stödåtgärder behöver den unga i studierna? Hur ofta ordnas stödåtgärder (till exempel dagligen, varje vecka eller vid behov)? Från och med vilket datum och fram till vilket datum ordnas stödåtgärder?

Vilka stödåtgärder behöver den unga i sin vardag? Hur ofta ordnas stödåtgärder (till exempel dagligen, varje vecka eller vid behov)? Från och med vilket datum och fram till vilket datum ordnas stödåtgärder?

9. Uppföljning och utvärdering

Hur följer man upp genomförandet av planen?

10. Underskrifter

Ort och datum Den ungas underskrift och namnförtydligande

Vårdnadshavarens eller intressebevakarens underskrift och namnförtydligande

Underskrift jämte namnförtydligande av kontaktpersonen vid välfärdsområdet