

Ansökan om öppet arbete

Inkommit _____

1. Uppgifter om sökande

Efternamn: _____

Förnamn (samtliga): _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

2. Närmaste anhörig/kontaktperson

Kontaktperson om det öppna arbetet
(t.ex. verksamhetscentret):

Närmaste anhörig: _____

3. Sökandes funktionsförmåga

Hörsel Normal Med hörapparat rätt normal
 Betydligt nedsatt

Närmare information: _____

Syn Normal Med glasögon rätt normal
 Synskada som betydligt begränsar synförmågan

Närmare information: _____

Sensorisk överkänslighet (lukter, smaker, känsel, ljud)

Läsfärdighet Normal Enstaka ord Kan inte läsa

Närmare information: _____

Skrivfärdighet Normal Enstaka ord Kan inte skriva

Närmare information: _____

Räknefärdighet Normal Kan inte räkna

Närmare information: _____

Kännedom om klockan Kan klockslag Känner inte till klockslag

Närmare information: _____

Kunskap om användning av pengar Kan Kan små summor
 Har inte kännedom om pengars värde

Närmare information: _____

Minne Har normalt minne Har tendens att glömma Har dåligt minne 2(2)

Närmare information: _____

Medicinering (inverkan på arbetsförmågan eller läkemedel som ska tas vid behov, t.ex. för epilepsi)

Beteende och efterlevnad av regler

Utbildning

Arbetserfarenhet (även praktik)

Styrkor som arbetstagare: "Vad är jag bra på?"

Svaga sidor, utvecklingsområden

Önskemål om öppen arbetsplats

Person som bistått vid ifyllandet av ansökan

4. Anteckningar av personal eller nära anhörig

5. Samtycke

Ansökan behandlas i en multiprofessionell arbetsgrupp för bedömning. De arbetstagare som behandlar ansökan kan begära sådana tilläggsuppgifter av andra myndigheter (t.ex. skolan) som är nödvändiga för att ärendet om öppet arbete ska avancera.

Jag samtycker Jag samtycker inte

Datum _____

Underskrift _____

Ansökan lämnas in till handikappservicen, adr. Kalevagatan 4, 08100 Lojo