


1. Uppgifter om den sökande

Personbeteckning _____ Efternamn och förnamn _____

2. Tolkningspråk

-  FPA reder ut om du eller din anhöriga behöver tolkning till och från ett främmande språk under rehabiliteringen. FPA ordnar tolkning i situationer som är nödvändiga för att genomföra rehabiliteringen. Tolkning kan inte ordnas för hela rehabiliteringsperioden eller för all rehabilitering.

Markera i listan nedan de språk som du kan kommunicera på i dina rehabiliteringsärenden.

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> albanska | <input type="checkbox"/> arabiska | <input type="checkbox"/> badini | <input type="checkbox"/> bulgariska |
| <input type="checkbox"/> dari | <input type="checkbox"/> engelska | <input type="checkbox"/> spanska | <input type="checkbox"/> kurdiska (kurmanji) |
| <input type="checkbox"/> kinesiska (mandarin) | <input type="checkbox"/> burmesiska | <input type="checkbox"/> pashto | <input type="checkbox"/> persiska (farsi) |
| <input type="checkbox"/> polska | <input type="checkbox"/> franska | <input type="checkbox"/> rumänska | <input type="checkbox"/> svenska |
| <input type="checkbox"/> tyska | <input type="checkbox"/> somaliska | <input type="checkbox"/> kurdiska (sorani) | <input type="checkbox"/> thai |
| <input type="checkbox"/> turkiska | <input type="checkbox"/> ryska | <input type="checkbox"/> vietnamesiska | <input type="checkbox"/> estniska |
| <input type="checkbox"/> samiska; vilken variant? | _____ | | |
| <input type="checkbox"/> något annat språk; vilket? | _____ | | |

3. Underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela om de ändras.

Ort och datum _____

Underskrift _____