



Närmare information [www.fpa.fi/rehabilitering](http://www.fpa.fi/rehabilitering)



Om du har frågor kan du ringa vår telefonservice  
[www.fpa.fi/servicenummer](http://www.fpa.fi/servicenummer)



Fyll i ansökan noggrant.

Om vi behöver ytterligare uppgifter kontaktar vi dig.

Du kan skicka ansökan per post  
[www.fpa.fi/postadresser](http://www.fpa.fi/postadresser)

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

### 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 hemkommunen som deltagit i uppgörandet av planen

Kontaktpersonens namn, tjänsteställning och telefonnummer

Andra företrädare för kommunen 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

---

Vilken yrkesexamen har den unga för avsikt att avlägga?

---

Hur har man utrett om yrket lämpar sig för den unga?

---

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 (t.ex. verkstadsverksamhet, arbetsprövning eller arbetspraktik)

---

## 8. Särskilda stödåtgärder

---

Vilket stöd behöver den unga i studierna? Hur har stödet ordnats och för vilken tid?

---

Vilket stöd behöver den unga i sin vardag? Hur har stödet ordnats och för vilken tid?

---

## 9. Uppföljning och utvärdering

---

Hur följer man upp genomförandet av planen?

---

## 10. Underskrifter

---

Datum

Den ungas underskrift

---

Vårdnadshavarens eller intressebevakarens underskrift

---

Underskrift av kommunens kontaktperson

---