

Finnilco ry
Malmin kauppatie 26
00700 Helsinki

Saapumispäivämäärä

Henkilötiedot	Nimi		Syntymäaika (ainakin -kk ja -vuosi)
	Osoite		Asuinkunta
	Postinumero	Postitoimipaikka	Puhelin
	Sähköposti		
Kurssitiedot	Haen seuraavalle Finnilco ry:n järjestämälle kurssille:		
	Kurssin nimi ja paikka		
	Kurssin ajankohta		
	Mikäli en tule valituksi yllä olevalle kurssille, hakemukseni voi siirtää seuraaville kursseille: (Vaihtoehtojen antaminen on vapaaehtoista)		
	Vaihtoehto 1 nimi ja paikka		Kurssin aika
	Vaihtoehto 2 nimi ja paikka		Kurssin aika
Aikaisemmat kurssit	<input type="checkbox"/> En ole osallistunut aiemmin avanne- ja vastaavasti leikattujen kursseille <input type="checkbox"/> Olen osallistunut vuosina: <input type="checkbox"/> Olen hakenut Finnilcon järjestämälle kurssille aiemmin, mutta en ole tullut valituksi		
Avanne- tai vastaava leikkausta ja sairautta koskevat tiedot	Avanne- tai vastaava leikkaus tai sairaus, jonka perusteella kurssille haetaan		Leikkausaika (kk ja vuosi)
	<input type="checkbox"/> Ohutsuoliavanne <input type="checkbox"/> Paksusuoliavanne <input type="checkbox"/> Virtsatieavanne	<input type="checkbox"/> Kockin rakko <input type="checkbox"/> IPAA (J-pussi) <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	<input type="checkbox"/> Anaali-inkontinenssi <input type="checkbox"/> LSS (=lyhytsuolisyndrooma)
	Leikkaukseen johtanut sairaus		Sairastumisaika (vuosi)
	Muut sairaudet tai vammat		
	Onko Sinulla vaikeuksia avanteesi hoidossa tai haittaako sairautesi jokapäiväistä elämääsi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Jos kyllä, miten avanne/J-pussi/sairaus vaikuttaa selviytymiseesi jokapäiväisessä elämässä, ihmissuhteissa?		

Tavoitteet kurssille	<p>Miksi haluan kurssille ja mitä odotan saavani siltä?</p> <p>Läheinen-kurssit: Millaisia odotuksia ja tarpeita läheisellä on kurssille?</p> <p>Huomaathan, että hakemuksessa annetut perustelut kurssin tarpeellisuudesta vaikuttavat osallistujavalintaan.</p>
Lähin omainen – Kaikki täyttävät	<p>Lähin omainen, osoite, puhelinnumero – Henkilö, keneen otetaan yhteyttä, jos esim. sairastun kurssilla</p>
Läheinen-kurssit – Täytetään, kun kurssille haetaan yhdessä läheisen kanssa	<p>Kurssille osallistuva läheinen</p> <p><input type="checkbox"/> Puoliso <input type="checkbox"/> Vanhempi <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?</p> <p>Nimi, osoite, puhelinnumero Syntymäaika (ainakin -kk ja -vuosi)</p>
Majoitus-paikassa ja kurssilla huomioitavat asiat	<p>Valitse sopivat vaihtoehdot</p> <p><input type="checkbox"/> Ei erityisruokavaliota <input type="checkbox"/> Ruoka-aineallergia tai muu ruokarajoite, mikä?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Käytän apuvälineitä, mitä? (esim. keppi, pyörätuoli)</p> <p><input type="checkbox"/> Tarvitsen inva-huoneen <input type="checkbox"/> Tarvitsen allergiahuoneen</p> <p><input type="checkbox"/> Haluan majoittua yhden hengen huoneessa, maksan huonehintojen erotuksen itse</p> <p><input type="checkbox"/> Ei avustajan tarvetta <input type="checkbox"/> Tarvitsen avustajaa päivittäin <input type="checkbox"/> Tarvitsen avustajaa joskus</p> <p>Jos tarvitset avustajaa arjessa, kerrothan tarkemmin avuntarpeesta. Kuinka usein ja missä asioissa tarvitset avustajaa? Kaikille kurssille on mahdollista osallistua henkilökohtaisen avustajan kanssa. Hakija huolehtii henkilökohtaisen avustajan kustannuksista.</p>
Lisätiedot	
Suostumus	<p>Suostun siihen, että kurssiasiani käsittelyssä tarpeellisia tietoja saa antaa kurssijärjestelyistä huolehtiville tahoille ja siihen, että tiedot kurssille osallistumisesta tallennetaan Finnicon rekisteriin.</p> <p>Paikka Aika Hakijan / huoltajan allekirjoitus</p>
Finnicon merkintöjä	<p><input type="checkbox"/> Hyväksytty <input type="checkbox"/> Hyväksytty varalle <input type="checkbox"/> Ei ole hyväksytty kurssille Päätöspäivämäärä</p> <p>Jos hakijaa ei ole hyväksytty kurssille, syy Kurssivalintojen tekijöiden allekirjoitus</p>