|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  Vaihtoehto 2 nimi ja paikka | | | Kurssin aika        Kurssin aika |
| **Aikaisemmat**  **kurssit** | En ole osallistunut aiemmin avanne- ja vastaavasti leikattujen kursseille  Olen osallistunut vuosina:  Olen hakenut Finnilcon järjestämälle kurssille aiemmin, mutta en ole tullut valituksi | | | |
| **Avanne- tai**  **vastaavaa**  **leikkausta ja sairautta**  **koskevat**  **tiedot** | Avanne- tai vastaava leikkaus tai sairaus, jonka perusteella kurssille haetaan  Ohutsuoliavanne  Kockin rakko Anaali-inkontinenssi  Paksusuoliavanne  IPAA (J-pussi) LSS (=lyhytsuolisyndrooma)  Virtsatieavanne Muu, mikä? | | Leikkausaika (kk ja vuosi) | |
| Leikkaukseen johtanut sairaus | | Sairastumisaika (vuosi) | |
| Muut sairaudet tai vammat | | | |
| Onko Sinulla vaikeuksia avanteesi hoidossa tai haittaako sairautesi jokapäiväistä elämääsi?    Kyllä  Ei  Jos kyllä, miten avanne/J-pussi/sairaus vaikuttaa selviytymiseesi jokapäiväisessä elämässä, ihmissuhteissa? | | | |

**Finnilco ry**

**Malmin kauppatie 26 Saapumispäivämäärä**

**00700 Helsinki**

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