

**TAPATURMA- JA SAIRAUSINVALIDIEN LIITTO RY**

Kulmavuorenkatu 5, 00500 HELSINKI

Puh. (09) 713 990 Faksi (09) 713 787

tsil@tsil.fi

**HAKEMUS KURSSILLE****IKÄÄNTYVIEN MONIVAMMAISTEN SYRJÄYTYMISEN ESTÄMINEN**

Kurssiaika \_\_\_\_ / \_\_\_\_ – \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

Kurssipaikka: Vähäjärven Lomakoti

Hakijan suku- ja etunimi		Henkilötunnus	
Ammatti	Osoite ja postitoimipaikka		
Kotikunta	Puhelin (myös suuntanumero)		
Lähimmän omaisen nimi ja osoite		Puhelin (myös suuntanumero)	
Asuminen <input type="checkbox"/> yksin <input type="checkbox"/> perheen kanssa <input type="checkbox"/> muu, mikä			
Sairautta / vammaa koskevat tiedot			
Miten sairaus haittaa esim. liikkumista ja selviytymistä jokapäiväisessä elämässä ja ihmissuhteissa? Käytössä olevat apuvälineet:			
Erityisruokavalio, allergiat			
Taloudellinen asema Sairauden / vamman perusteella saan			
Kansaneläkettä	..... euroa / kk	Vakuutusyhtiö	.....
Työeläkettä	..... euroa / kk	Vakuutusyhtiö	.....
Muu, mikä	..... euroa / kk	Vakuutusyhtiö	.....
Ansiotulot	..... euroa / kk		
Lainojen määrä	..... euroa		
Asumiskulut: vuokra / yhtiövastike, hoitokulut ..... euroa / kk			
Muut toimeentuloon vaikuttavat tekijät:			
Toimeentuloon vaikuttavan omaisuuden määrä			
Lisätietoja (jatka tarvittaessa lomakkeen kääntöpuolelle)			
Paikka, aika ja omakätinen allekirjoitus			
_____ / ____ 20__			