

**ANSÖKAN OM REHABILITERING
 10–25% INVALIDER**

DEN SÖKANDES PERSON- UPPGIFTER	Släktnamn		Personbeteckning									
			-									
	Förnamn		Telefon									
	Näradress											
	Postnummer		Postanstalt									
	Invaliditetsgrad, %		Skadenummer									
ANSÖKNAD ANSTALT	Anstaltens namn		Alternativ anstalt									
	Lämpligaste tidpunkt för sökanden		Alternativ tidpunkt									

Jag ansöker i första hand om två (2) veckors rehabilitering och i andra hand om fyra (4) veckors rehabilitering. Till ansökan bör alltid bifogas läkarutlåtande om den ersatta skadan eller sjukdomen anses berättiga till fyra veckors rehabilitering.

HUR KLARAR NI AV VARDAGS- SYSSLORNA (kryssa för rätt alternativ)	Rörelseförmåga	
	☐ normal eller nästan normal ☐ något försämrad ☐ jag behöver hjälp av en annan person	
	Att klä på sig ☐ klarar det själv ☐ behöver hjälp ibland ☐ hjälp behövs hela tiden	
	Hjälpmedel	
	☐ har inte någån hjälpmedel ☐ har hjälpmedel, vilket? _____	

	Rökning
	ja nej
	Vilka är de svåraste besvären förorsakade av invaliditeten / sjukdomarna?
	Övriga sjukdomar?
	Som bilaga läkarutlåtande *
	ja nej inlämnas senare
	Boende
	Jag bor hemma Jag är intagen för vård på anstalt
DELANDE AV REHABILI- TERING MED MAKA / MAKE	Om Ni vill dela rehabiliteringsperioden med maka / make, fyll i sista sida.

UNDER- SKRIFT	Ort och datum	Invalidens underskrift
		Namnförtydligande

Blanketten skickas till Statskontoret till adressen:
Statskontoret, Militärskade- och veteranärenden, PB 60, 00054 STATSKONTORET.

* Man bör bifoga läkarutlåtande till ansökan om det skett väsentliga förändringar i hälsotillståndet sedan föregående rehabiliteringsperiod. Läkarutlåtande bör alltid bifogas när man ansöker om rehabilitering första gången.

ALTERNATIV VID DELANDE AV REHABILITERINGSPERIODEN MED MAKAN / MAKE

För att anstaltsrehabiliteringsperioden skall delas krävs att den skadade eller insjuknade har fyllt eller fyller 65 år senast under det kalenderår då rehabiliteringsperioden börjar.		
Av min rehabiliteringsperiod ger jag åt min maka / make 10 dagar.		
MAKANS / MAKENS PERSON- UPPGIFTER	Makans / makens namn	Makans / makens personbeteckning
		-

MAKANS / MAKENS ALTERNATIV	1. Anstaltsrehabilitering (10 dagar)
	Makan / maken vill till samma rehabiliteringsanstalt som invaliden
	Makan / maken vill till annan anstalt än invaliden
	Rehabiliteringsanstalt
	Önskad tidpunkt
	2. Dagrehabilitering fem (5) dagar
	Rehabiliteringsanstalt
	Önskad tidpunkt
	3. Öppen vård (fysikalisk behandling) tio (10) gånger

Makan / maken bör bifoga läkarutlåtande till ansökan. Statskontoret ersätter inte kostnader för makans / makens läkarutlåtande och inte heller makans / makens resekostnader.

Obs! Till ansökan om öppen vård behöver man bara bifoga specifierad behandlingsordination utfärdad av läkare.