

DEN SÖKANDES PERSON- UPPGIFTER	Släktnamn		Personbeteckning	
			-	
	Förnamn		Telefon	
	Näradress			
	Postnummer		Postanstalt	
Den sökande är				
krigsinvalidens maka/make krigsinvalidens änka/änkling krigsänka/krigsänkling				
Krigsinvalidens namn				
Personbeteckning		Skadenummer		
-				

	Jag ansöker om		
	anstaltsrehabilitering	dagrehabilitering	öppen vård
	Anstaltens namn		

HUR KLARAR NI AV VARDAGS- SYSSLOR- NA (kryssa för rätt alternativ)	Rörelseförmåga
	normal eller nästan normal någåt försämrad jag behöver hjälp av en annan person
	Att tvätta på sig
	klarar det själv behöver hjälp ibland hjälp behövs hela tiden

	Att klä på sig klarar det själv behöver hjälp ibland hjälp behövs hela tiden
	Att äta klarar det själv behöver hjälp ibland hjälp behövs hela tiden
	Förmåga att hålla urin och avföring båda normala dålig förmåga att hålla urin dålig förmåga att hålla avföring
	Hjälpmedel har inte något hjälpmedel har hjälpmedel, vilket? _____
	Rökning nej ja
	Tilläggsinformation

UNDER- SKRIFT	Ort och datum	Sökandens underskrift
		Namnförtydligande

BILAGOR	Till ansökan bör bifogas läkarutlåtandet om den sökandens allmänna hälsotillstånd och behov av rehabilitering. Om man söker öppen vård, bör undersökningsordination bifogas.
----------------	--

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