

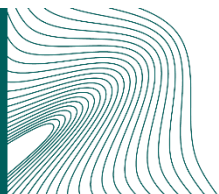
10-25 % sotainvalidi

30-100 % sotainvalidi

HAKIJAN TIEDOT	Sukunimi	Henkilötunnus
	Etunimi	Puhelin
	Lähiosoite	
	Postinumero	Postitoimipaikka
	Työkyvyttömyysaste, %	Vahinkonumero

KUNTOU- TUS- LAITOK- SEN TIEDOT	Laitoksen nimi	Vaihtoehtoinen laitos
	Matka kotoa laitokseen km	Matka kotoa laitokseen km
	Parhaiten sopiva ajankohta	Vaihtoehtoinen ajankohta

SELVIY- TYMINEN PÄIVIT- TÄISISTÄ TOIMIN- NOISTA	Liikuntakyky
	<input type="checkbox"/> normaali tai lähes normaali
	<input type="checkbox"/> jonkin verran vaikeutunut
	<input type="checkbox"/> tarvitsen toisen henkilön apua
Pukeutuminen	
<input type="checkbox"/> selviydyn itse	
<input type="checkbox"/> apu tarpeen aina	
<input type="checkbox"/> tarvitsen apua	
Apuvälineet	
<input type="checkbox"/> ei ole	<input type="checkbox"/> kyllä, mikä? _____
Mitkä ovat suurimmat invaliditeetista / sairauksista aiheutuvat haitat?	



	Muut sairaudet?
	Hakija <input type="checkbox"/> asuu kotona <input type="checkbox"/> asuu laitoshoidossa
	Liitteenä lääkärintodistus* <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> toimitetaan myöhemmin

	KUNTOUTUKSEN JAKAMINEN AVIOPUOLISON KANSSA Jos haluatte jakaa kuntoutusjaksonne aviopuolisonne kanssa, täyttäkää viimeinen sivu.
--	--

ALLE-KIRJOITUS	Paikka ja päiväys	Sotainvalidin allekirjoitus
		Nimenselvennys

Hakemus toimitetaan Valtiokonttoriin osoitteella: Valtiokonttori, Sotilasvamma- ja veteraaniasiat, PL 60, 00054 VALTIOKONTTORI tai turvapostilla > (vaatii kirjautumisen)
--

* Hakemukseen on suositeltavaa liittää lääkärinlausunto aina jos terveydentila on merkittävästi huonontunut edellisen kuntoutusjakson jälkeen. Lääkärintodistus on oltava aina ensimmäistä kertaa kuntoutukseen haettaessa.

VAIHTOEHDOT PÄIVÄKUNTOUTUKSEN JAKAMISEEN AVIOPUOLISON KANSSA

Laitoskuntoutusjakson jakamisen edellytyksenä on, että vahingoittunut tai sairastunut on täyttänyt tai täyttää 65 vuotta viimeistään sen kalenterivuoden aikana, jolloin kuntoutusjakso alkaa.	
Annan päiväkuntoutusjaksostani aviopuolisolleni <input type="checkbox"/> 5 päivää (10-25 % sotainvalidi) <input type="checkbox"/> 10 päivää (30-100 % sotainvalidi)	
AVIOPUOLISON TIEDOT	Aviopuolison nimi
	Aviopuolison henkilötunnus
	<input type="checkbox"/> Asuu kotona <input type="checkbox"/> Asuu laitoshoidossa
AVIOPUOLISON VAIHTOEHDOT (rastita oikea vaihtoehto) 10-25 % sotainvalidi	<input type="checkbox"/> Päiväkuntoutus 5 päivää
	<input type="checkbox"/> Laitoskuntoutus 10 vuorokautta
	<input type="checkbox"/> Aviopuoliso haluaa sotainvalidin kanssa samaan kuntoutuslaitokseen <input type="checkbox"/> Aviopuoliso haluaa eri laitokseen kuin sotainvalidi
	Kuntoutuslaitoksen nimi
	Toivottu ajankohta
AVIOPUOLISON VAIHTOEHDOT (rastita oikea vaihtoehto) 30-100 % sotainvalidi	<input type="checkbox"/> Päiväkuntoutus 10 päivää
	<input type="checkbox"/> Laitoskuntoutus 14 vuorokautta
	<input type="checkbox"/> Aviopuoliso haluaa sotainvalidin kanssa samaan kuntoutuslaitokseen <input type="checkbox"/> Aviopuoliso haluaa eri laitokseen kuin sotainvalidi
	Kuntoutuslaitoksen nimi
	Toivottu ajankohta
LIITTEET	Aviopuolison tulee liittää hakemukseen lääkärinlausunto

Valtiokonttori ei korvaa aviopuolison lääkärinlausunnon hankkimisesta aiheutuneita kustannuksia eikä aviopuolison matkakuluja.

