ANSÖKAN

Akson rf

Kamratstöd enligt behov

**Ansökningstiden för utbildningen i Vasa avslutas måndagen den 24.10.2016.**

Skicka din ansökan med e-post till move@aksonry.fi eller till adress, Akson ry, Mannerheimvägen 107, våning 3, 00280 Helsingfors.

**Ansökan om kamratstödsutbildning**

Namn\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adress\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postnummer\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postkontor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-post\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Födelsetid\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ skadad år \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Grad av funktionshinder** (Kryssa för rätt alternativ)

partiell förlamning \_\_\_ total paraplegi \_\_\_

partiell tetraplegi \_\_\_ total tetraplegi \_\_\_

**Vad använder du för hjälpmedel?** (Kryssa för rätt alternativ)

Inga hjälpmedel \_\_\_ manuell rullstol, elektrisk rullstol \_\_\_ kryckor/käpp \_\_\_ rollator \_\_\_

**Behöver du personlig assistent under utbildningen?**

Min assistent kommer med mig \_\_\_ jag behöver hjälp med \_\_\_

Varför? Det vill säga, vad fick dig att delta som frivillig i kamratstödsutbildningen?

Har du tidigare jobbat som kamratstödsperson? Berätta om dina erfarenheter.

Vad tycker du att är viktigt med kamratstöd för ryggmärgsskadade?

Berätta kort om dig själv. Varför bör just du väljas till kamratstödsutbildningen?



Datum, namnteckning och underskrift