Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
Vanda och Kervo välfärdsområde

Förhöjt vårdarvode

SKRIV UT | TÖM BLANKETTEN

BASUPPGIFTER

Barnets/den ungas namn

Personbeteckning

Familjevårdarens namn

Personbeteckning

Adress

Postnummer

Postort

Telefon

BAKGRUNDSINFORMATION

Barnets diagnoser och allmänna hälsotillstånd

Barnets tidigare kända terapier och behandlingar, vårdplatser

SITUATIONEN IDAG

Barnets nuvarande terapier, behandlingar och vårdplatser

Tar barnet några läkemedel? Vilka?

DAGHEM

Daghemsplats

☐ specialgrupp ☐ assistent

SKOLA

Vilken skola går barnet i

☐ grundskola ☐ gymnasium ☐ yrkesskola

☐ annan, vad

Undervisning

☐ allmänbildande utbildning ☐ stödundervisning ☐ assistent ☐ privat undervisning ☐ smågruppsundervisning

☐ Specialundervisning, vad

Hur har skolresan ordnats?

FÖRMÅNER

Betalar man ut Fpa:s förmåner åt barnet/den unga? (summa och datum)

☐ vårdbidrag, från och med , summa €/mån.

☐ handikappbidrag, från och med , summa €/mån.

☐ rehabiliteringspenning, från och med , summa €/mån.

☐ annat, vad

från och med , summa €/mån.

BESKRIVNING AV BEHOVET AV SPECIALISERAD VÅRD

Beskrivning av barnet och vilken särskild vård barnet/den unge behöver av familjen

SKRIV UT TÖM BLANKETTEN

KONTAKT

Kontakt med barnets föräldrar och anhöriga Vad kräver kontakten av familjen?

UNDERSKRIFT

Datum

Underskrift av familjevårdare

Namnförtydligande

BILAGOR

- [ ] läkarutlåtande
- [ ] Fpas beslut ____ st.
- [ ] beslut om specialundervisning
- [ ] andra bilagor ____ st.

SKRIV UT TÖM BLANKETTEN