



Hakemus vammaisten työvalmennus Virtaamoon

HENKILÖTIEDOT

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero ja -toimipaikka
Puhelinnumero	Sähköposti
Äidinkieli	

TYÖTILANNE

Työtön	Opiskelija, milloin opiskelu päättyy:	
Muu, mikä:		
Olen asiakkaana		
Työllisyyspalveluissa	Toiminta- tai työkeskuksessa	Kuntouttavassa työtoiminnassa
Muualla, missä:		
Ei palveluja		

ASUMISMUOTO

Itsenäinen	Vanhempien luona	Tukiasunto	Asumisyksikkö	Muu
------------	------------------	------------	---------------	-----

SOSIAALINEN-/AMMATILLINEN VERKOSTO

Lähiomainen	Puhelinnumero
Asumisyksikkö	Puhelinnumero
Sosiaalityöntekijä/palveluohjaaja	Puhelinnumero
Edunvalvoja	Puhelinnumero
Työllisyysasiantuntija	Puhelinnumero

TOIMEENTULO

Eläke Mikä eläke:

Kuntoutustuki Työttömyysetuus Toimeentulotuki Palkka

Muu, mikä:

AJOKORTTI

ei kyllä Ajokorttiluokka

TERVEYSTIEDOT

Diagnoosi

Työssä huomioitavat rajoitukset (fyysiset ja psyykkiset rajoitteet, allergiat, lääkitys, apuvälineet tai muu terveydentila)

KOULUTUS

Peruskoulu

Yleinen Mukautettu Valmistumisvuosi:

Jatko-opinnot ja muu koulutus (oppilaitos ja tutkinto) Vuosi

IT-kurssi EA-kurssi Hygieniapassi Tulityökortti Työturvallisuuskortti

Trukkikortti Anniskelupassi Ikärajpapassi Muu, mikä:

Työhistoria ja harjoittelut

Vahvuutesi

TYÖPAIKKATOIVEESI

Työpäivän pituus, tunteina päivässä

Työpäiviä viikossa

Muut toiveesi työpaikasta

YHTEYDENOTTOTAPA

Puhelimitse

Tekstiviestitse

Puhelinnumero:

Muuta huomioitavaa

LIITTEET

Mukana liitteitä, kpl

HAKIJAN SUOSTUMUS

Annan suostumukseni sopia työhöni ja terveydentilaani liittyvistä asioista, niiltä osin kuin se on työllistämiseni kannalta välttämätöntä, seuraavien tahojen kanssa:

Asumisyksikkö

Omaiset/vanhemmat

Oppilaitos/opettajat

Sosiaalityöntekijä

Palveluohjaaja

Työllisyyspalvelut

Edunvalvoja

Toiminta-/työkeskus

Työnantaja/hänen edustajansa

Muu taho, mikä:

TIEDOKSI

Virtaamon asiakastyöstä kirjataan Apotti- asiakastietojärjestelmään.

ALLEKIRJOITUS

Päivämäärä

Allekirjoitus

Paikka

Nimenselvennys

HAKEMUKSEN TÄYTTÄMISESSÄ MUKANA AVUSTANEET

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Toimita lomake liitteineen osoitteeseen:

Vantaan ja Keravan hyvinvointialue

Vammaisten asiakasohjausyksikkö

PL 637

01088 Vantaan ja Keravan Hyvinvointialue

Tai sähköisesti osoitteeseen:

vammaisneuvonta@vakehyva.fi