



## ANSÖKAN OM ARBETSVERKSAMHET

ANSÖKAN OM ARBETSVERKSAMHET  
Enligt socialvårdslagen § 27e

Ankomstdatum

<b>Personuppgifter</b>	Släktnamn och förnamn	Födelseid
	Adress	Postnummer och ort
	E-post	Telefonnummer
	Kontonummer	
<b>Ansökan gäller</b>	<input type="checkbox"/> Arbetsverksamhet för år _____ Antal dagar/vecka _____ <input type="checkbox"/> Ersättning för arbetsresor	
<b>Anhörig/ intressebevakare</b>	Namn	Telefonnummer
	Adress	Postnummer och ort
<b>Diagnos/sjukdom/ funktionsnedsättning</b>		
<b>Utbildning och tidigare arbetserfarenhet</b>		

<b>Intressen</b>	
<b>Jag är bra på</b>	
<b>Jag är sämre på / klarar inte av</b>	
<b>Hjälpmedel</b>	
<b>Övrigt</b>	
<b>Underskrift</b>	Ort och datum <span style="float: right;">Sökandens underskrift</span>

16.10.2012 J:\Sochv\Socialomsorgen\Blanketter\ansökan om arbetsverksamhet

### Returnera ansökan till

Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket  
 Handikappomsorg/infoga kommunens namn  
 PB 111  
 68601 Jakobstad