

TALLKROGEN

ANSÖKAN OM vistelse PÅ TALLKROGEN 2024!

Före 1 mars skickar du:

*ansökan om vistelse till FUB-GÅRDEN Tallkrogen till Tallkrogen

*ansökan om insats enligt LSS till din LSS- handläggare i din hemkommun

OBS du som bor i Uppsala kommun och är över 21 år behöver inte söka LSS insats.

Du som bor i Uppsala kommun och har personlig assistans och är i behov av utökad assistans för vistelsen gör en LSS- ansökan hos din handläggare.

Del:1 Är den del som kommer att användas som en genomförandeplan under din vistelse. Vi vill att den fylls i av dig eller tillsammans med dig som ansöker om en vistelse.

Namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____ Telefon: _____

Postnr och postadress: _____ Telefon arb: _____

Folkbokföringskommun: _____

Närmast anhörig/kontaktperson: _____ Telefon: _____

Din ansökan registreras enligt Föreningen FUB-gårdens hantering av personuppgifter enligt GDPR. Jag har läst informationen och bifogar överenskommelsen. Ja Nej

Foton/bilder:

Jag/vi godkänner att:

Bilder på mig utan namn får förekomma i Tallkrogens informationsmaterial, att bilder skickas till dem som varit på samma lägervecka som mig samt att bilder får förekomma på facebook och på föreningen FUB-gårdens hemsida. Vi använder oss bara av bilder som värnar om din integritet. Ja Nej

Önskemål om lägervecka:

Jag önskar att i första hand få komma vecka: _____ i andra hand: _____

I tredje hand erbjuder vi dig en vecka där det finns plats om platser finns kvar. Antalet platser är begränsade.

Har du önskemål om att vara på samma semester som en vän?

Vännens namn _____ Vännens telefonnummer _____

Finns det några du inte vill åka på semester med, utan få en paus från?

Personens namn: _____

*Välkommen med din ansökan
Kristina Viking och Thomas Söderstedt*

Adress
Tallkrogen
743 74 Björklinge

Telefon/Fax
018-370302

Hemsida
www.tallkrogen-fub.se
E-post
info@tallkrogen-fub.se

Org.nr
817603-3721

Bankgiro
5429-2776

Aktiviteter:

Vad har du för intressen?

Vad vill du göra under din vistelse? Hur aktiv vill du vara?

Beskriv konkret det stöd du behöver för att du ska kunna vara med i de aktiviteter du önskar?

Vad gör du på dagarna när du är hemma?

Viktigt för mig:

Boende:

Kan du sova i samma rum som en annan gäst? Ja Nej

Om ja, finns det någon särskild som du önskar dela rum med?

Kan du klättra upp och sova i en överslaf? Ja Nej

Mat:

Vilken mat tycker du om?

Vilken mat tycker du inte om?

Är du i behov av någon form av specialkost/allergikost?

Omvårdnad:

Finns det något du är rädd för? _____

Egenheter jag har tex nattvandrare, sängvätare? _____

Tillvägagångssätt som kan hjälpa mig ur svåra situationer: _____

Särskilda behov jag har i kontakt med andra: _____

Tips för en god omvårdnad: _____

Finns det annan viktig information om Dig som vi bör känna till? _____

Stödbehov:

Vad behöver du hjälp med?

Hjälp att singalera stödbehov? Ja Nej

Hjälp att förflytta mig (stöd, rullhjälp...)?

Inne Ute Nej klarar det själv

Hjälp på toaletten?

Ja Nej Till viss del

Hjälp vid matbordet?

Ja Nej Till viss del

Hjälp med att kontrollera urinen?

Ja Nej Till viss del

Hjälp med att hitta utomhus?

Ja Nej Till viss del

Hjälp med att kontrollera avföringen?

Ja Nej Till viss del

Hjälp med att läsa?

Ja Nej Till viss del

Hjälp med hygien, duschning?

Ja Nej till viss del

Ordnade former och fasta rutiner?

Ja Nej Till viss del

Hjälp med tandborstning?

Ja Nej till viss del

Hjälp med att klä mig?

Ja Nej Till viss del

Är du simkunnig? (Ingen gäst vistas vid/i vattnet utan sällskap av personal)

Ja Nej Till viss del

Använder du tecken eller bilder som hjälp för att tala med andra?

Ja Nej

Om ja, finns hjälpmedel som tas med? Ja Nej

Om ja, vilka hjälpmedel? _____

Jag använder rullstol och tar med den på semestern

Ja använder rullator och tar med den på semestern

Jag behöver lyft Jag behöver insats till toalettstol

Jag använder blöjor Jag behöver duschsäng

Händer det att du blir utåtagerande om du blir stressad eller arg?

Ja Nej

Om ja, hur kan det bemötas?

Annat stöd du behöver: _____

Övriga önskemål, upplysningar etc. _____

Min funktionsnedsättning:Lindrig utvecklingsstörning Autism Måttlig utvecklingsstörning Drag av autism Grav utvecklingsstörning Aspergers syndrom

Annan funktionsnedsättning än ovan nämnda samt kort beskrivning av ditt funktionshinder

Har du andra funktionsnedsättningar? Exempel kan vara rörelsehinder, epilepsi, synskada, hörselskada, diabetes, allergi, hjärtproblem, eller något annat? Ja Nej

Om ja, vad? _____

Har du psykiska problem/sårbarheter (depression, ångest, oro, stort bekräftelsebehov eller något annat som påverkar dig negativt) Ja Nej

Om ja, vad? _____

Hur yttrar det sig? _____

Personalstöd: Ifylles av dig som är under 21 år eller om du har personlig assistans eller har annan kommun än Uppsala som din folkbokföringskommun.

Jag har ansökt om en LSS-insats Ja Nej

Tänk på att söka LSS insatsen i god tid (det tar upp till 3 mån för handläggare att fatta beslut. Du bör också begära skriftligt beslut för att ha möjlighet att överklaga beslut vid ett eventuellt nej på sökt insats)

Om ja, vilken typ av LSS-insats har du sökt:

Ledsagarservice Korttidsvistelse Assistans

Totalt antal timmar ledsagarservice/assistans eller personalstöd jag har ansökt om _____ tim.

Minsta personalstödsnivå är 48 tim. (Barn och ungdomar som kommer på korttidsvistelse behöver ej ange detta).

Om du inte har sökt LSS-insats vem betalar personalstödet?

Min gruppboende betalar för mitt personalstöd under vistelsen Jag betalar själv mitt personalstöd

Jag tar med mig assistent och min assistansanordnare betalar assistentens omkostnader

Bedömningen är gjord av, namn: _____

Behöver du hjälp med att uppskatta stödbehovet ringer du Tallkrogen så hjälper vi dig med det.

Namn på din handläggare/chef på gruppboende/assistansanordnare:

_____ telefonnummer _____

Vi ber dig att titta igenom frågorna och svaren en x-tra gång. Vi är måna om att vi ska få veta så mycket som möjligt om dig. Detta för att du ska få bästa möjliga vistelse med rätt nivå på personalstöd samt rätt kunskap hos den som ska ge dig stöd när du kommer till Tallkrogen.

Kontaktuppgifter och underskrift:

Sökande: _____

God man/vårdnadshavare:

Adress: _____

Tel nr : _____

E-post: _____

Jag har läst igenom deltagarinformationen/någon har läst det för mig **Ja** **Nej**

Namn på dig som hjälpt till att fylla i formuläret:

Relation till den sökande (personal, anhörig, god man)

Adress:

Tel nr: _____

E-post: _____

Har du som söker varit med och fyllt i ansökan? Ja Nej

Om nej, varför? _____

Underskrift av dig eller god man

Ort och datum: _____

Namn: _____

E-post: _____

För att minska portokostnaderna önskar vi en mailadress dit vi kan maila antagningsbesked, packlista och faktura.

Det är ok att Tallkrogen mailar:

Jag kan inte ta emot mail: (vi skickar då information och faktura per post)

Hälsa och sjukvård

Namn och personnummer: _____

Del 2. Om din medicin och hälsa

Tar du medicin? Ja Nej
Behöver du hjälp med mediciner? Ja Nej Till viss del

Behöver du hjälp att ta sprutor? Ja Nej Till viss del

Under min vistelse på Tallkrogen kommer jag att ha:

Egenvård: En hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad yrkesutövare inom hälso- och sjukvården har bedömt att **en person själv kan utföra eller utför med hjälp av någon annan tillfälligt under vistelsen på Tallkrogen. Ett intyg från legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal tas med till incheckningen på Tallkrogen.**

Hälsa och sjukvård. Jag har bedömts behöva hjälp av personal med min läkemedelshantering. Ansvarig sjuksköterska för mina läkemedel kommer att delegera läkemedelshanteringen till en sjuksköterska utsedd för Tallkrogen.

Mot vad tar du medicin? _____

Vilken medicin tar du? _____

Hur många gånger per dag tar du medicin? _____ Behöver du ta några sprutor Ja Nej

Åtgärder vid eventuellt epilepsianfall, migrän, allergiattacker, återkommande besvär eller något annat:

Har du någon sjukdom som smittar (tex hepatit, MRSA)? Ja Nej

Vilken sjukdom? _____

Observera att du måste ha med dig ett aktuellt ordinationskort och signeringslista för att vi ska kunna hjälpa dig med mediciner. Medicinerna ska finnas i en dosett eller i apodos och finnas med för hela vistelsen.

Namn och telefonnummer till den som ansvarar för dina mediciner och som vi kan kontakta:

Före din vistelse: _____

Under din vistelse: _____

Är du allergisk eller överkänslig mot något? Vad? _____

Något annat som personalen behöver veta om din hälsa (som om du har depression, ångest, oro)?

Om ja, hur yttrar det sig och hur kan vi bemöta det på bästa sätt?

Adress
Tallkrogen 6
743 74 Björklinge

Telefon/Fax
018-370302

Hemsida
www.tallkrogen-fub.se
E-post
info@tallkrogen-fub.se

Org.nr
817603-3721

Bankgiro
5429-2776