



# TALLKROGEN

## ANSÖKAN OM sportlovsläger 2023 PÅ TALLKROGEN!

*Före 25 november skickar du:*

*\*ansökan om vistelse till FUB-GÅRDEN Tallkrogen till Tallkrogen*

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

**Ansökan 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 (Information om GDPR hittar du på hemsidan.)

### **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

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

Vännens namn \_\_\_\_\_ Vännens telefonnummer \_\_\_\_\_

Finns det några du inte vill åka på läger 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](http://www.tallkrogen-fub.se)  
**E-post**  
[info@tallkrogen-fub.se](mailto: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? \_\_\_\_\_

---

**Jag har ansökt om LSS-insatsen korttidsvistelse i form av läger**  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 vid ett eventuellt nej på sökt insats)

**Om du inte har sökt LSS-insats vem betalar sportlovsläget?**

Jag betalar själv min lägervistelse

Jag tar med mig assistent och min assistansanordnare betalar assistentens omkostnader och lägeravgifter

**Namn på din biståndshandläggare/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 vårdnadshavare eller god man**

**Ort och datum:** \_\_\_\_\_

**Namn:** \_\_\_\_\_

**E-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 korttidsvistelse på Tallkrogen kommer personal att ta hand om din medicinering.

**Observera att du måste ha med dig en aktuell medicinlista/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.**

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? \_\_\_\_\_

### 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](http://www.tallkrogen-fub.se)  
**E-post**  
[info@tallkrogen-fub.se](mailto:info@tallkrogen-fub.se)

**Org.nr**  
817603-3721

**Bankgiro**  
5429-2776