

YHTEYSTIEDOT OSALLISTUJA	
Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Sähköpostiosoite	
YHTEYSTIEDOT TYÖTOIMINTAPAIKKA	
Palveluntuottaja	Palveluntuottajan vastuhenkilö ja puhelinnumero
Työtoimintapaikka ja -osoite	
KUNTOUTTAVAN TYÖTOIMINNAN YHTEYSHENKILÖ(T):	
Työtoiminnan lähiohjaaja Nimi:	Sosiaalipalveluiden yhteyshenkilö Nimi:
Puh:	Puh:
Työtoiminnan yksilövalmentaja Nimi:	Työtoiminnan työvalmentaja Nimi:
Puh:	Puh:
KUNTOUTTAVAN TYÖTOIMINNAN SISÄLTÖÄ KOSKEVAT TIEDOT	
<input type="checkbox"/> Osallisuutta edistävä kuntouttava työtoiminta <input type="checkbox"/> Työhön ja koulutukseen suuntaava kuntouttava työtoiminta	
Työtoimintajakso ____/____20____ - ____/____20____	Työtoimintapäivät ____päivää/viikko, viikonpäivä(t): _____ ____tuntia/päivä, kellonaika: ____: ____ - ____: ____
Työtehtävät ja työtoiminnan sisältö:	
Työtoiminnan aikana annettava ohjaus ja tuki:	
Muuta sovittavaa:	
KUNTOUTTAVAN TYÖTOIMINNAN TAVOITTEET	
<input type="checkbox"/> Työelämävalmiuksien tukeminen <input type="checkbox"/> Voimavarojen ja vahvuuksien tukeminen <input type="checkbox"/> Arjen taitojen vahvistaminen <input type="checkbox"/> Työelämä ja koulutusvalmiuksien vahvistaminen	<input type="checkbox"/> Päihitteettömyyden tukeminen <input type="checkbox"/> Työ- ja toimintakyvyn arviointi <input type="checkbox"/> Jokin muu, mikä? _____
ILMOITUKSET POISSAOLOISTA	
Asiakkaan työttömyysetuuden maksaja: <input type="checkbox"/> KELA <input type="checkbox"/> Työttömyyskassa, mikä: _____	

SOPIMUKSEN TARKISTUSPÄIVÄ (aika ja paikka)

____ / ____ 20 ____

MATKA KUNTOUTTAVAN TYÖTOIMINNAN JÄRJESTÄMISPAIKALLE

Julkinen kulkuväline Oma auto ____ km /suunta Muu, mikä? _____

Matkat korvataan kuukausittain jälkikäteen todellisten kulujen perusteella, mikäli matka vähintään 3 kilometriä. Korvaus toteutetaan edullisimman mahdollisen kulkuvälineen mukaan. (Aluehallitus 21.2.2023 § 73)

Tilinro IBAN: _____

LISÄTIETOJA: (mm. työtoiminnan ohella tarjottavat muut sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja koulutuspalvelut):

ALLEKIRJOITUKSET

Aika: ____ / ____ 20 ____ Paikka: _____

Osallistuja: _____

Nimenselvennys

Työtoimintapaikan edustaja ja tehtävänimike: _____

Nimenselvennys

Sopimuksen laatija ja tehtävänimike: _____

Nimenselvennys

MUITA TARVITTAVIA YHTEYSTIETOJA (mm. TE-asiantuntija, terveydenhoitaja)