Afdeling for Psykiatri Handikap**Autismecenter Storstrøm  
Bestilling af jobtræningsforløb**

**Periode: Dato: / 20\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Forløbet starter**: | **Forløbet slutter**: |

**Bestiller:**

|  |  |
| --- | --- |
| Kommune: | Adresse: |
| Afdeling: | Sikker mail: |
| Sagsbehandler: | Telefon: |
| EAN nr. | CVR nr. |

**Opgave:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bevillingsgrundlag:**  **🞎** LAB § 91  **🞎** Serviceloven § 103/104 | **Antal dage**:  **🞎** Fuld tid (op til 5 dage/uge)  **🞎** Halv tid (op til 3 dage/uge) |
| **Takst (pr. døgn, inkl. weekend og helligdage):**  **🞎** Takst 1 – 604,-/døgn i 2024  **🞎** Takst 2 – 1.303,-/døgn i 2024 | **Ønsket opfølgning efter afsluttet forløb:**  **🞎** Skriftlig status.  **🞎** Møde med borger og personale. |

**Borger:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | Adresse: |
| Cpr.nr. | Mobiltelefon: |
| **🞎** Borger kontaktes via værge/pårørende/ institution | **Hvis ja:** udfyld nedenstående felter. |

**Værge/pårørende/institution:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn/institution: | **🞎** Værge **🞎** Pårørende **🞎** Institution |
| Cpr.nr.: | Adresse: |
| Mobiltelefon: | Sikker mail: |

**Beskriv formålet med jobtræningsforløbet:**

|  |
| --- |
| Overordnet formål: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Delmål:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bestillers underskrift**  Dato: | **Autismecenterets underskrift**  Dato: |

**Bemærk:** Skema modtages *kun* via sikker mail [autismecenter@vordingborg.dk](mailto:autismecenter@vordingborg.dk)

Hvis forløbet ønskes forlænget, skal en ny bestilling være os i hænde 7 dage inden indeværende forløb er udløbet. Har vi ikke modtaget en ny bestilling, ophører forløbet automatisk.