|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PEDAGOGISK-PSYKOLIGISK TJENESTE (PPT) | | | | | | **PPT-Meløy**  Postadresse: Gammelveien 5, 8150 Ørnes  Besøksadresse: Storhammarn, 8150 Ørnes  Tlf. 75710780, Mob. 90605089 Fax. 75710781 | | | | | |
|  | | | | | |
| **HENVISNINGS**  **SKJEMA**  **for voksne**  **§4A Udir 3-2012** | | | | | |
| **FYLLES UT MED BLOKKBOKSTAVER!** | | | | | | **Fylles ut av  PPT** | | Mottatt dato: | | | Saksnr: |
| **Gjelder:** | | | | | | **KONFIDENSIELT** | | | | | |
| Etternavn: | | | | | | For og mellomnavn: | | | | Født: | |
| Adresse: | | | | | | Postnr og sted: | | | | Mobil: | |
| Mann Kvinne | Etnisk bakgrunn: | | | | | E-post: | | | | | |
| Behov for tolk | Språk: | | | | | Førerkort | Har du hatt kontakt med PPT før | | | | |
| **Familieforhold:** | | | | | | | | | | | |
| Gift/samboer  Barn | | | | | | | | | | | |
| **Hjelpeverge:** | | | | | | | | | | | |
| Navn: | | | | | E-post: | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |
| Adresse: | | | | | Postnr og poststed: | | | | | | |
| Behov for tolk | | Hvilket språk? |  | |  | | | | | | |
| **Skole/Arbeid:** | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Navn: | | | |  | | | | | Tlf: | | |
| Adresse | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BEHOV/PROBLEMSTILLING/HENVISNINGSGRUNN** | | | |
| 1. **HENVISNINGSGRUNN:** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Vanskeområde:  Dagliglivets gjøremål …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Mobilitet………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Språk/kommunikasjonsferdigheter……………………………………………………………………………………………………………………………….  Lese og skriveferdigheter…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | |
|  | | | |
| 1. **Hvor lenge har du hatt vanskene, og hva er gjort for å hjelpe deg?** | | | |
|  | | | |
| Har fullført grunnskoleopplæringen  Har hatt spesialundervisning i grunnskolen  Har hatt videregående opplæring  Hva? ……………………………… Hvor?................................ Når?..........................................  Annen skole …………………………….. | | | |
| 1. **HVEM HAR HJULPET DEG?** | | | |
| Navn/yrke: | | Vedlegg: | |
|  | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |
| Er det utarbeidet individuellplan Ja Nei  Er det opprettet ansvarsgruppe Ja Nei | | | |
| 1. **HVA HAR DU BEHOV FOR?** | | | |
| Kartlegging/utredning av vanskene  Konsultasjon/veiledning  Bistand til utvikling av tiltak  Direkte hjelp  Sakkyndig vurdering av rett til grunnskoleopplæring  Annet, spesifiser: | | | |
| Primærkontakt Navn: Adresse: Tlf: | | | |
|  | **Pedagogisk psykologisk tjeneste** | |

**samtykke**

Jeg gir med dette PPT Meløy samtykke til å innhente opplysninger fra/eventuelt innlede samarbeid med:

Lege

sykehus

Psykiatri tjeneste

Arbeidsplass/skole

Logoped

Fysioterapeut

Omsorg

Andre ………………………………..

Det skal ikke gis flere opplysninger enn det som er nødvendig for PPT’s arbeid.

Samtykke gjelder i 3 år fra dagens dato.

Sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_