



Remiss Samordningsförbundet Insjöriket

Insatser finansierade av förbundet vänder sig till dig som är i behov av stöd från flera myndigheter för att nå arbete eller studier till någon del inom ett år. Vill du få mer information innan du fyller i remissen, kontakta:

Emelie Cronvall på telefon: 0790-621959 eller Annette Heinemann: 010-4860375, E-post: Annette.heinemann@arbetsformedlingen.se

På www.sofinsjoriket.se under REMISS kan du läsa om vad som händer vid första mötet.

Information om hantering av personuppgifter finns på vår hemsida via länken: <https://www.sofinsjoriket.se/om-oss/behandling-av-personuppgifter/>

Remissen skickas till:

Arbetsförmedlingen Mölndal
Att Samordningsförbundet Insjöriket
Box 4
431 21 Mölndal

Kriterier för att remittera

Insatsen är frivillig och bygger på ett aktivt deltagande

- du är i ålder 18 – 64 år
- du är folkbokförd i någon av kommunerna Mölndal, Partille, Härryda, Lerum eller Alingsås
- du är arbetslös eller anställd på en arbetsplats där rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda
- du är i behov av stöd från flera myndigheter
- du är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, det vill säga att arbete eller studier är ditt långsiktiga mål, och det skall vara realistiskt att nå i någon omfattning inom 1 år
- du har avsikt och förmåga att delta/närvara på möten och att kommunicera med oss via telefon, sms eller mail
- du har i den mån det är möjligt etablerat nödvändiga vårdkontakter
- det finns inget aktivt missbruk

Du som remittent bör ser till att:

- ovanstående punkter för sökande ska vara uppfyllda
- myndighetens egna resurser ska vara uttömda eller bedöms som otillräckliga
- insatser som sökande har behov av (vårdkontakter, utredningar, andra myndighetskontakter) ska vara initierade
- sökande har informerats om aktuella insatser och vad en eventuell remiss innebär för den sökande
- ha kontakt/bli kontaktad för uppföljning vid behov under inskrivningstiden
- sökande är informerad om att insatsen är frivillig och bygger på ett aktivt deltagande

Observera att deltagarna inte täcks av en olycksfallsförsäkring ifall de gör arbetsträning på en arbetsplats som inte ägs av våra parter. Men i vissa arbetsträningar samverkar vi med någon annan myndighet som kan besluta om att en olycksfallsförsäkring blir gällande.



PERSONUPPGIFTER

Efternamn och förnamn:	Personnummer:
Adress:	
Postnummer och ort:	
Telefonnummer:	
E-postadress:	

INITIATIVTAGARE/MYNDIGHET/ANNAN (EX EGENREMISS)

Namn:	Telefonnummer:
Myndighet (om ej egenremiss):	
E-postadress:	

FÖRSÖRJNING

AKTIVITETSERSÄTTNING FR.O.M-T.O.M	SJUKPENNING FR.O.M-T.O.M	SJUKERSÄTTNING FR.O.M (ANGE GRAD)
AKTIVITETSSTÖD FR.O.M	FÖRSÖRJNINGSTÖD FR.O.M	A-KASSA FR.O.M
ANNAT (EX. FÖRSÖRJN AV FÖRÄLDRAR, ARV, STUDIEBIDRAG)		

BIFOGA DET SENASTE MEDICINSKA UNDERLAGET OCH ANDRA UTREDNINGAR SOM ÄR AV BETYDELSE FÖR DEN ARBETSFÖRBEREDANDE/ARBETSLIVSINRIKTADE REHABILITERINGEN

ANGE BIFOGADE BILAGOR: _____

AKTUELLT HÄLSOTILLSTÅND/DIAGNOS:

HAR DU TIDIGARE DELTAGIT I NÅGON AV INSATSERNA HOS OSS ELLER INSATSER HOS ANNAT FÖRBUND?

(OM JA, KRYSSA FÖR DEN INSATSEN SOM VARIT AKTUELL)

INDIVIDSAMVERKANSTEAMET, ÅR: ____ BALDER, ÅR: ____
 ANNAT, ÅR: ____ VILKEN? _____

HAR DU TIDIGARE FÅTT REHABILITERANDE INSATSER FRÅN NÅGON ANNAN AKTÖR/MYNDIGHET?

VÅRDEN FÖRSÄKRINGSKASSAN ARBETSFÖRMEDLINGEN
 KOMMUNEN ÖVRIG/ANNAN AKTÖR: _____



Samordningsförbundet
Insjöriket

KONTAKTPERSON VÅRDEN (PSYKIATRI, VÅRD-CENTRAL ELLER ANNAN):

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____ MOTTAGNING: _____

KONTAKTPERSON KOMMUN/SOCIALTJÄNST:

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____ ENHET: _____

KONTAKTPERSON ARBETSFÖRMEDLINGEN:

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____

KONTAKTPERSON FÖRSÄKRINGSKASSAN:

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____

KONTAKTUPPGIFTER BOENDESTÖD:

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____

KONTAKTUPPGIFTER GOD MAN/FÖRVALTARE:

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____

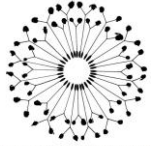
ÖVRIGA KONTAKTER:

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____

NAMN: _____ TELEFON: _____

E-POST: _____



Samordningsförbundet
Insjöriket

NUVARANDE AKTIVITET/SYSSELSÄTTNING:

ARBETSLIVSERFARENHET:

UTBILDNING:

GRUNDSKOLA

GYMNASIUM

HÖGSKOLA ANTAL ÅR: _____

ANNAN EFTERGYMNASIAL UTBILDNING ANTAL ÅR: _____

**VAD ÄR VIKTIGAST FÖR DIG SOM SÖKANDE ATT FÅ STÖD OCH HJÄLP MED I DEN
ARBETSFÖRBEREDANDE/ARBETSLIVSINRIKTADE REHABILITERING?**

**VAD ANSER DU SOM REMITTENT ATT DET VIKTIGASTE SYFTET ÄR MED
ARBETSFÖRBEREDANDE/ARBETSLIVSINRIKTADE REHABILITERING FÖR DEN SÖKANDE?**

**VILKA AKTIVITETER KAN DU SOM SÖKER TILL OSS GÖRA, UNDER EN EV. KÖTID, FÖR ATT NÄRMA
DIG ARBETE ELLER STUDIER/FÅ BÄTTRE HÄLSA/ÖKA DIN AKTIVITETSFÖRMÅGA?**

**VILKA AKTIVITETER KAN DU SOM REMITTENT BISTÅ MED UNDER EN EV. KÖTID FÖR ATT DEN
SÖKANDE SKA KUNNA NÄRMA SIG ARBETE ELLER STUDIER/FÅ BÄTTRE HÄLSA/ÖKA AKTIVITET?**



SAMTYCKE TILL INFORMATIONSBYTCHE

Jag samtycker till att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och mina vårdkontakter samverkar kring mina behov. Jag medger därför att representanter för dessa organisationer får utbyta information om mig och ta del av dokument och journalhandlingar utan hinder av sekretess.

Samtycket gäller endast information som behövs för att de samverkande myndigheterna/aktörerna ska kunna hjälpa mig i min arbetslivsinriktade rehabilitering. Samtycket gäller under tiden jag är aktuell hos en verksamhet finansierad av Samordningsförbundet Insjöriket.

Jag kan när som helst återkalla detta samtycke. Det innebär att ytterligare uppgifter om mig därefter inte får behandlas. Uppgifter som redan samlats in får dock behandlas, men alltså inte kompletteras eller uppdateras.

Information om hantering av personuppgifter finns på vår hemsida via länken:
<https://www.sofinsjoriket.se/om-oss/behandling-av-personuppgifter/>

MEDGIVANDE OM SEKRESSLÄTNADE GENOM UNDERSKRIFT AV DIG SOM SÖKANDE

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Personnummer: _____ - _____

Telefon: _____

UNDERSKRIFT AV INITIATIVTAGARE/MYNDIGHETSPERSONAL/ANHÖRIG

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Verksamhet: _____

Telefon: _____