

## Kriterier för att remittera

**Ta del av nedanstående information innan ni skickar en intresseanmälan. Det är viktigt att du som står bakom intresseanmälan har tagit kontakt med andra berörda myndigheter i ärendet innan du skickar in den. I de fall individen har ersättning från Försäkringskassan ska handläggaren på FK alltid informeras och hen ska också delta på samtliga möten från start.**

**Insatsen är frivillig och bygger på ett aktivt deltagande för person som:**

- är i ålder 16 – 64 år
- är folkbokförd i någon av kommunerna Mölndal, Partille, Härryda, Lerum eller Alingsås
- är arbetslös eller anställd på en arbetsplats där rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda
- är i behov av stöd från flera myndigheter
- är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, det vill säga att arbete eller studier är personens långsiktiga mål
- har relevant språkförståelse eller kompenserande stöd som tillgängliggör rehabiliteringen
- har avsikt och förmåga att medverka på möten och kommunicera med oss via telefon, sms eller mail
- har i den mån det är möjligt etablerat nödvändiga vårdkontakter
- inte har aktivt missbruk som påverkar rehabprocessen

## **Du som handläggare/personal på någon myndighet har ombesörjt att:**

- ovanstående punkter för sökande ska vara uppfyllda
- insatser som sökande har behov av (vårdkontakter, utredningar, andra myndighetskontakter) ska vara initierade i samverkan. Till exempel genom SIP eller motsvarande.
- Individen har informerats om aktuella insatser och vad en eventuell ansökan innebär vara tillgänglig för avstämningar var 6e vecka och informationsutbyte under perioden individen tar del av insats inom förbundet. Du som myndighetskontakt är ansvarig "ägande" av ärendet, har kvar kontakten och fattar erforderliga myndighetsbeslut löpande under processen.
- Individen är informerad om att insatsen är frivillig och bygger på ett aktivt deltagande

### Intresseanmälan avser

|   |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--------------------------------------|--|---|---|---|---|--|--|
| För-och efternamn   |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| Adress  | Personnummer   |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| Telefonnummer   | E-postadress   |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <p>För individ med skyddade personuppgifter kryssa här <input type="checkbox"/></p> <p>Obs! Om individen har skyddad identitet fyller ni inte i några personuppgifter. Fyll i initiativtagares personuppgifter och avidentifierad information om individen. Individen skriver under samtycket men du som initiativtagare behåller det. Kontakta oss gärna på telefon för mer info.</p>  |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <p>Jag föredrar att bli kontaktad via:    Telefonsamtal <input type="checkbox"/>    SMS <input type="checkbox"/>    E-post <input type="checkbox"/></p>   |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <p>Har du tagit del av någon av samordningsförbundets insatser tidigare?    Nej <input type="checkbox"/>    Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Om ja, vilken och när:</p>   |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <p>Tolkbehov:    Nej <input type="checkbox"/>    Ja <input type="checkbox"/>    Om Ja, språk:</p>   |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <p>Aktuell försörjning (kryssa i vad som gäller för dig):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sjukpenning/rehabpenning %__</td> <td><input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A-kassa %__</td> <td><input type="checkbox"/> Annan offentlig försörjning %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Studiestöd/studiemedel %__</td> <td><input type="checkbox"/> Sjukersättning %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning %__</td> <td><input type="checkbox"/> Försörjningsstöd %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning %__</td> <td></td> </tr> </table>  |  | <input type="checkbox"/> Sjukpenning/rehabpenning %__ | <input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd %__ | <input type="checkbox"/> A-kassa %__ | <input type="checkbox"/> Annan offentlig försörjning %__ | <input type="checkbox"/> Studiestöd/studiemedel %__ | <input type="checkbox"/> Sjukersättning %__ | <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning %__ | <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd %__ | <input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning %__ |  |
| <input type="checkbox"/> Sjukpenning/rehabpenning %__   | <input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd %__              |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> A-kassa %__  | <input type="checkbox"/> Annan offentlig försörjning %__ |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Studiestöd/studiemedel %__   | <input type="checkbox"/> Sjukersättning %__              |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning %__   | <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd %__            |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning %__  |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |
| <p>Aktuellt nätverk samt namn på kontaktperson (kryssa i vad som gäller för dig)</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> Försäkringskassan, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> Socialtjänsten, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> LSS, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> Boendestöd, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Personligt ombud, namn:</p> <p><input type="checkbox"/> Vårdcentral, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Psykiatrimottagning, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Beroendemottagning, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Frivården, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Övrig sjukvård: .....</p> <p><input type="checkbox"/> Annan: .....</p> |  |   |   |                                      |  |   |   |   |   |  |  |

Gymnasieskolan (namn) .....

**Det här behöver jag (besvaras av den person som intresseanmälan handlar om):**

*Här nedanför ser du kortfattade exempel på saker som Samordningsförbundet kan hjälpa dig med. Sätt kryss i rutan vid det som du har behov av just nu.*

- Vägledning**  
*Hur kan min framtid se ut? Vad ska jag jobba med? Behöver jag utbilda mig?*
- Arbetsträning inom kommunens regi**  
*Jag behöver träna på att passa tider, ta instruktioner och befinna mig i ett sammanhang.*
- Söka utbildning**  
*Jag vet vad jag vill utbilda mig till men jag vet inte var eller hur jag söker en sådan utbildning.*
- Studiebesök**  
*Jag är nyfiken på ett jobb eller en arbetsplats och jag skulle vilja gå dit och se hur det är.*
- Förbättra fysisk förmåga \***  
*Jag behöver röra på mig mer, ha mindre ont i kroppen, få bättre kondition.*
- Hjälp att hantera stress och oro \***  
*Jag blir ofta stressad, blir orolig och ibland får jag även ångest.*
- Stöttning i att planera, strukturera och skapa rutin i min vardag**  
*Jag behöver bli bättre på planering och att göra det som jag behöver göra.*
- En planering för alla mina myndighetskontakter**  
*Jag har många olika kontakter bland myndigheter och vårdkontakter, och det är svårt att hantera själv.*
- Annat behov (skriv)**

\*NOT: ACTivera ger inga behandlingar men kan leda dig till rätt vårdgivare

**Finns det något som vi behöver känna till om dig som kan påverka ditt deltagande?**



**Handläggare/vårdkontakt/vårdnadshavare som anmäler tillsammans med mig:**

|   |          |
|---|----------|
| Namn:   | Telefon: |
| E-postadress:   |          |
| Myndighet/organisation:   |          |
| Är du handläggare på försörjande myndighet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>                          |          |
| Om svar nej, var god kontakta handläggare på försörjande myndighet innan intresseanmälan görs samt ange kontaktuppgifter här: |          |

**Den som ansökan gäller**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Underskrift: (jag som anmäler mig) | Underskrift: <b>Anmälande samverkanspart,</b><br>(Alternativt också vårdnadshavare för dig under 18 år) |
|------------------------------------|---|

**OBS! Glöm inte skriva under och bifoga samtycke om informationsutbyte på nästa sida**



## SAMTYCKE TILL INFORMATIONsutBYTE

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 sekretesslättnad genom underskrift:

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Intresseanmälan skickas till:  
Social och arbetsförvaltningen  
Terhi Karlsson  
433 82 Partille