|  |
| --- |
|  **Underlag för deltagare till SE-Höglandet i kommun**  |
| **Datum** | Klicka här för att skriva |
| **Samtycke finns** | **Ja** [ ] **Nej** [ ]  |
| **Aktuell personKontaktuppgifter** | **Namn och personnummer** (ÅÅMMDD-XXXX)Klicka här för att skriva | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva |
|  | **Postadress**Klicka här för att skriva | **E-post**Klicka här för att skriva |
| **Kontaktuppgifter till den som aktualiserar individen till SE** | **Namn**Klicka här för att skriva  | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva  |
|  | **Arbetsplats**Klicka här för att skriva  | **E-post**Klicka här för att skriva |
| **Anledning för aktualisering till SE-Höglandet***Ange aktuella diagnoser* | Personen har [ ]  behov av insatser hos minst två av förbundets parter [ ]  en vilja att nå arbete eller studier (som kan leda till arbete)Personen har aktivitetsbegränsning på grund av [ ]  funktionsnedsättning Klicka här för att skriva[ ]  psykisk ohälsa Klicka här för att skriva[ ]  tidigare missbruksproblematik |
| **Övrigt** | Klicka här för att skriva |
| **Personen har fått frågor om våld i nära relationer (VINR)** | **Ja** [ ] **Nej** [ ] **Datum** Klicka här för att skriva |
| **Personen har erfarenhet av våld i nära relationer (VINR)** | **Ja** [ ] **Nej** [ ] **Pågående** [ ]  |
| **Personen är dömd för brott** | **Ja** [ ] **Nej** [ ] **När och för vad?** Klicka här för att skriva |
| **Aktuell försörjning** | [ ] Försörjningsstöd **(Socialtjänst)**[ ] Sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning **(Försäkringskassan)**[ ] A-kassa, aktivitetsstöd, utvecklings- eller etableringsersättning[ ]  **Annan försörjning,** Klicka här för att skriva |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Handläggare Försäkringskassan** | **Namn**Klicka här för att skriva  | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva  |
| **Handläggare Arbetsförmedlingen** | **Namn**Klicka här för att skriva | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva |
| **Kontakt hälso- och sjukvården** | **Namn**Klicka här för att skriva | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva |
| **Handläggare socialtjänst** | **Namn**Klicka här för att skriva | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva |
| **SE-coach** | **Namn**Klicka här för att skriva | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva |
| **God man, förvaltare, annan kontaktperson** | **Namn**Klicka här för att skriva | **Telefonnummer**Klicka här för att skriva |
| **Inskrivningsdatum i SE-Höglandet***(fylls i av remittentgruppen)* | Klicka här för att skriva  |
| **Utskrivningsdatum***(fylls i av remittentgruppen)* | Klicka här för att skriva  |
| **Utskrivning till** *(fylls i av remittentgruppen)* | **Arbete** [ ]  **Praktik** [ ]  **Studier** [ ] [ ]  **Annat** Klicka här för att skriva |