Finnvedens samordningsförbund

Remiss/Samtycke Samverkansteamet

Kriterier för målgrupp i Samverkansteamet

- 18-64 år, prioriterad grupp 18-29 år
- Individen är i behov av samordnade insatser för att närma sig arbete/studier.
- Behov av minst två myndigheters samverkan kring individen då problembilden är komplex och inte kan lösas inom ordinarie myndighetssamverkan.
- Långtidsarbetslös, långtidssjukskriven, uppbär aktivitetsersättning, lång tid i bidragsberoende *eller i ett tidigare skede identifierat behov av rehabilitering i samverkan.*
- Andra möjliga insatser inom den ordinarie verksamheten har prövats
- Individen ska bedömas kunna komma ut i arbetslivet.
- Individen är delaktig och aktiv i sin egen process.
- Det finns inte några risker medicinskt eller socialt att påbörja arbetsförberedande/arbetslivsinriktade insatser.
- Inget aktivt missbruk som påverkar rehabprocessen.

Namn	Personnummer
Utdelningsadress, postnummer och postort	Telefon
	e-post
Tolkbebov ☐ Ja ☐ Nej	Språk

Remitterande myndighet/instans, handläggare (adress telefon & e-post)

Remissanledning/Syfte:

Vilka samverkansbehov ser ni finns?

Finnvedens samordningsförbund

Beskriv i korthet vilka insatser som gjorts tidigare för att underlätta remissförfarandet:

☐ Arbetsförmedlingen ☐ Försäkringskassan ☐ Sjukvården ☐ Kommunen ☐ Arbetsgivare

Övrigt som är viktigt för handläggningen (ex. andra kontakter):

Har individen en anställning? Om, ange var:

Försörjning just nu:

Finnvedens samordningsförbund

SAMTYCKE

_____ _____
Namn Personnummer

Samtycke för Samverkansteamet:
För att jag ska få bästa möjliga stöd från olika myndigheter krävs ibland en utökad samverkan.
En förutsättning för att kunna samarbeta är att utbyte av information kan ske. Med information menas ekonomisk och social situation, hälsa och arbetssituation. För att ett sådant informationsutbyte ska kunna ske krävs att jag lämnar mitt samtycke.

Syftet *med att ta upp min situation i Samverkansteamet är att komma fram till hur myndigheterna tillsammans på bästa sätt ska hjälpa mig att öka mina möjligheter att arbeta eller studera.*

Målet *med mitt deltagande i Samverkansteamet är att stötta mig framåt mot arbete och studier utefter mina förutsättningar.*

Jag medger, enligt 12 kap 2 § Offentlighets- och sekretesslagen, att informationsutbyte får ske mellan Försäkringskassan, vårdgivaren, kommunen och Arbetsförmedlingen om de delar av mina personliga förhållanden som är nödvändiga att känna till i samverkan. Jag medger också att de organisationer jag har kontakt med gör nödvändig dokumentation i sitt respektive system.

Jag samtycker också till att en representant från Samverkansteamet hör av sig till mig för en uppföljning ett år efter avslutad insats.

_____ _____
Underskrift Datum

_____
Namnförtydligande

Remissen skickas till

Din representant i Samverkansteamet

För mer information Samverkansteam Finnveden

GISLAVEDS KOMMUN GNOSJÖ kommun VÄRNAMO KOMMUN Region Jönköpings län
Försäkringskassan Finnvedens samordningsförbund