|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Underlag för deltagare till SE-Höglandet i kommun** | | |
| **Datum** | Klicka här för att skriva | |
| **Samtycke finns** | **Ja**  **Nej** | |
| **Aktuell person Kontaktuppgifter** | **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 | |