

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

Handläggare Försäkringskassan	Namn	Telefonnummer
Handläggare Arbetsförmedlingen	Namn	Telefonnummer
Kontakt hälso- och sjukvården	Namn	Telefonnummer
Handläggare socialtjänst	Namn	Telefonnummer
SE-coach	Namn	Telefonnummer
God man, förvaltare, annan kontaktperson	Namn	Telefonnummer
Inskrivningsdatum i SE- Höglandet <i>(fylls i av remittentgruppen)</i>		
Utskrivningsdatum <i>(fylls i av remittentgruppen)</i>		
Utskrivning till <i>(fylls i av remittentgruppen)</i>	Arbete <input type="checkbox"/> Praktik <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Annat _____	