

Remiss Individsamverkansteamet

Gäller remissen:

Konsultation eller **Samverkande insatser (Inskrivning)**

Kriterier för målgrupp i IST

- Individen är i behov av samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering.
- 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 är uttömda/uteslutna.
- Deltagare 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.
- 16-64 år folkbokförda i Halland.

Namn	Personnummer
Utdelningsadress, postnummer och postort	Telefon
	e-post

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

Försörjning:

- A-kassa Ekonomiskt bistånd Sjukpenning Aktivitetsstöd
- Aktivitetsersättning Annat _____

Remissanledning/Frågeställning:

Vilka samverkansbehov ser ni finns?

Övrigt som är viktigt för handläggningen(ex. andra kontakter):
Har individen en anställning? Om, ange var?

SAMTYCKE

Namn

Personnummer

Till deltagaren:

Vad hoppas du ska bli annorlunda i din situation, som ett resultat av kontakten med individsamverkansteamet?

Vilken arbetsförmåga tror du att du kan uppnå (25,50,75 eller 100%)?

Finns det något mer som kan vara bra för oss att veta om för att kunna göra rätt planering tillsammans med dig?

Samtycke för IST:

Jag är informerad om och samtycker till att sekretessen bryts mellan samverkande parter i Individsamverkansteamet och att dokumentation som eventuellt finns hos respektive myndighet får användas inom teamet. Jag lämnar även samtycke till registrering i dokumentationssystemet Sunjax. Detta samtycke gäller under tiden som jag är inskriven i Individsamverkansteamet. Jag samtycker också till att en representant från Individsamverkansteamet hör av sig till mig för en uppföljning ett år efter avslutad insats.

Underskrift

Datum

Namnförtydligande

Remissen skickas till

För IST:

Individsamverkansteamet i Kungsbacka, Kabelgatan 9, 434 37 Kungsbacka

Individsamverkansteamet i Varberg, Birger Svensson väg 30, 432 40 Varberg

Individsamverkansteamet i Falkenberg, Socialförvaltningen, 311 80 Falkenberg

Individsamverkansteamet i Halmstad/Hylte. Box 230, 301 06 Halmstad

Individsamverkansteamet i Laholm, Skottegränd 3, 312 80 Laholm

För mer information: www.sfhalland.se