

# Konsultation Individsamverkansteamet

## Konsultationsfråga till Individsamverkansteamet

Individsamverkansteamerna i Halland drivs i samverkan mellan Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Region Halland och de Halländska kommunerna  
Det är från dessa parter konsultationsfråga kan ställas till teamet.

### Målgrupp för Individsamverkansteamet

Individsamverkansteamens målgrupp är personer 16-64 år boende i Halland, med behov av samordnad rehabilitering och som bedöms kunna komma ut i arbete eller studier.

Personen har behov av (minst) två myndigheters samverkan och rehabilitering till arbete/studier kan inte lösas inom ordinarie myndighetssamverkan. Personen är sedan lång tid utanför arbetsmarknaden (långtidsarbetslös, långtidssjukskriven eller sedan lång tid uppbär/eller har behov av offentlig ersättning). Andra möjliga insatser ska vara uttömda/uteslutna och det finns inte några hinder medicinskt eller socialt att påbörja arbetsförberedande insatser. För deltagande i Individsamverkansteamens rehabilitering krävs även att personen är delaktig och aktiv i sin egen process till förändring och att personen inte är i aktivt missbruk.

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
	E-postadress

Frågeställare (namn, organisation, adress, telefon och e-post)

**Frågeställning:**

Du är välkommen till oss i teamet att föredra din fråga på plats? Kom gärna tillsammans med den person som frågan gäller. Ange här om du vill komma till oss så återkommer vi med möjligt datum och tid. Teamet träffas på måndagar.

Om det inte blir att vi ses på plats återkommer vi med teamets svar/rekommendation när frågan hanterats.

## Samtycke för informationsutbyte mellan parter inom Samordningsförbundet i Halland

Verksamheten inom Individsamverkansteamet i Halland bygger på samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Hallands kommuner och Region Halland.

Samtycket gäller endast information som behövs för att de samverkande myndigheterna ska kunna hjälpa mig i min samordnade arbetslivsinriktade rehabilitering. Samtycket gäller under tiden jag är aktuell inom Individsamverkansteamets verksamhet.

Jag samtycker till att representanter för dessa parter omnämnda ovan får utbyta information om mig och ta del av dokument och journalhandlingar som är av relevans för min rehabilitering utan hinder för sekretess.

Jag lämnar även samtycke till registrering i Individsamverkansteamets dokumentationssystem Sunjax.

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Personnummer

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

### **Remiss och samtycke skickas till:**

Individsamverkansteamet i Kungsbacka, Kabelgatan 9, 434 37 Kungsbacka

Individsamverkansteamet i Varberg, Kungsgatan 9, 432 41 Varberg

Individsamverkansteamet i Falkenberg, Socialförvaltningen, 311 80 Falkenberg

Individsamverkansteamet i Halmstad/Hylte Box 230, 301 06 Halmstad

Individsamverkansteamet i Laholm, Humlegången 6, 312 80 Laholm

För mer information och fler kontaktuppgifter: [www.sfhalland.se](http://www.sfhalland.se)