

Inskrivningsblankett Förrehabilitering

Blanketten används för inskrivning i projektet Förrehabilitering och scannas in i kommunens journalsystem.

Deltagares uppgifter

Förnamn	Efternamn
Personnummer (ÅÅMMDD-XXX)	Telefon
Mejl	Anhörig eller annan kontaktperson:

Samtycke

Samtycke behövs för att delge information mellan olika parter som du har kontakt med. Samtycket är giltigt under tiden du är inskriven i projektet och kan när som helst återkallas. Samtycket innebär att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, personal i projektet Förrehabilitering/kommunen och vården får utbyta och delge varandra relevant information.

Har du kontakt med fler verksamheter? Om det är nödvändigt för oss att få information från andra parter kan det vara bra att vi får samtycke till att även utbyta information med dessa. Var vänlig skriv i dessa nedan.

Om du inte har kontakt med fler verksamheter, fyll enbart i ditt namn och underskrift.

Övriga parter
Övriga parter
Namn och underskrift

Information, *fills i av personal*

Beskriv vem som hänvisar till Förrehabilitering, namn och verksamhet, anledning till hänvisning, hur länge personen varit inskriven i verksamheten och vilka insatser personen tagit del av tidigare:

--

Kontakter

Inskrivnen på/kontakt med:

	Ja	Nej	Kontaktuppgifter:
Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hälso- och sjukvården	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kommunal verksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ersättningsform innan projektstart:

- Kommunalt försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd
- Aktivitetsstöd eller utvecklingsersättning genom Arbetsförmedlingen
- Ersättning från Försäkringskassan
- CSN
- Studiebidrag
- Annat: _____
- Inget

Beskriv diagnos, sjukdom eller funktionsnedsättning:

Finns det pågående behandling från vården? Beskriv:

Hur länge har personen varit i offentlig försörjning?

Övrig information