

Remiss till Samverkansteamet och Respondere/Convinere

När vi tagit emot remissen kontaktar vi dig för vidare information. Kom ihåg att bifoga aktuella underlag som utredningar, medicinska underlag, beslut osv som är relevanta.

REMISSEN GÄLLER BOENDE I KOMMUN:

ALE KUNGÄLV STENUNGSUND TJÖRN ÖCKERÖ

REMISSEN GÄLLER RESPONDERE/CONVINERE (18-29 ÅR MED AKTIVITETSERSÄTTNING/FÅTT AVSLAG PÅ ELLER RISKERAR ATT FÅ AVSLAG PÅ AKTIVITETSERSÄTTNING)

1. DELTAGARENS UPPGIFTER

Efternamn och förnamn:	Personnummer:
Adress:	
Postnummer och ort:	
Telefon samt ev. mobiltelefon:	
E-postadress:	

2. REMITTERANDE HANDLÄGGARE

Namn:	Telefon:
Myndighet:	
E-postadress:	

3. AKTUELL SITUATION - SKICKA MED LÄKARUTLÅTANDE, MEDICINSKA UNDERLAG, BESLUT ELLER ANNAN AKTUELL UTREDNING (Beskriv kortfattat aktuellt hälsotillstånd, arbetslivserfarenhet, utbildning...)

4. VILKEN FÖRSÖRJNING HAR DELTAGAREN?

A-kassa, försörjningsstöd, sjukersättning, aktivitetsersättning, annat?

Om aktivitetsersättning är aktuell – hur länge är den beviljad?

Har deltagaren fått/kommer få avslag på ansökan om aktivitetsersättning – från när?

5. VAD ÄR SYFTET OCH MÅLET MED DE SAMORDNADE INSATSERNA? VAD BEHÖVER DELTAGAREN HJÄLP MED?

6. HOS VILKA FLER PARTER ÄR DELTAGAREN AKTUELL? (VÅRD, AF, FK, KOMMUN..)

7. SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT AV DELTAGAREN

Datum: _____ Namn: _____ Telefon: _____

Här ovan intygar jag att jag har tagit del av remissen samt att jag samtycker att Samordningsförbundet får ta del av de uppgifter som rör mitt ärende hos alla samverkande parter. Det gäller för information som finns hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, min/mina vårdgivare (både offentlig och privat primärvård samt psykiatrisk öppenvårds mottagning), samt Socialtjänst och andra enheter/avdelningar inom min boendekommun. De uppgifter som lämnas ut är av vikt för min fortsatta arbetslivsinriktade rehabilitering samt för att uppnå syftet med samverkan och målet att nå egen försörjning. Samtycket gäller under hela min tid som jag är aktuell hos Samordningsförbundet och jag är medveten om att jag kan återkalla detta när helst jag önskar eller få utdrag om de uppgifter som finns hos Samordningsförbundet. Detta gör jag genom att kontakta min handläggare på Samordningsförbundet eller den som är personuppgiftssamordnare på Samordningsförbundet vilket framkommer på hemsidan www.sofvg.se. När mitt ärende inte längre är aktuellt på Samordningsförbundet kommer alla handlingar som rör mig att makuleras förutom själva remissen. Jag samtycker också till att Samordningsförbundet kan kontakta mig ett år efter avslutat deltagande för en uppföljning.

8. UNDERSKRIFT AV REMITTENT

Datum: _____ Namn och verksamhet: _____ Telefon: _____

Viktigt att ta del av för både deltagare och remittent!

Samverkansteamet kommer göra en bedömning av remissen för att se till att den faller under vårt uppdrag och tillhör den målgrupp vi arbetar med. Går vi vidare med remissen kommer kontakt tas med deltagare som bjuds in till ett första möte. Kontakt tas också med inremitterande handläggare för vidare planering.

För deltagare boende i Ale, Kungälv, Stenungsund och på Tjörn är det viktigt att veta följande: Flera av våra aktiviteter utgår från våra lokaler i Kungälv där även möten/uppföljningar till största delen hålls. Det är viktigt att du har möjlighet att ta dig dit för att vi ska kunna hjälpa dig på bästa sätt. Det finns gott om parkering och möjlighet att ta sig dit med buss. Vissa av våra möten och aktiviteter sker fortfarande lokalt i våra respektive kommuner men för att få bästa hjälp och stöd i din fortsatta rehabilitering är det bra om du redan när remissen skickas är medveten om detta. Självklart lägger vi upp en bra handlingsplan som ska passa för just dig men av flera skäl är det så att en stor del av verksamheten sker just i Kungälv.

För dig som inremitterande handläggare är det också viktigt att tänka på ovanstående för att du på bästa sätt ska kunna hjälpa, stötta och göra det möjligt för deltagaren att ta sig till våra lokaler.

Skicka remissen till:

Samordningsförbundet Älv & Kust

Bilgatan 20

442 40 Kungälv

Vänligen bifoga aktuella underlag som utredningar, medicinska underlag eller beslut som är relevanta för vårt fortsatta arbete!