



## Aktualisering till STAR

Samverkansteam för arbetslivsriktad rehabilitering

Skickas ifylld och underskriven till samordnare:

Maria Fälldin, STAR  
Arbetsmarknadsenheten  
Offerdalsvägen 8  
83580 Krokoms

### Samtycke (undertecknas av dig personligen)

För att hjälpa dig på vägen till arbete, vidare studier, eller rätt insats finns vi i STAR. Vi är ett gemensamt team med anställda från kommunen, hälso- och sjukvården, samt Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

För att vi i teamet ska göra vårt jobb tillsammans på bästa sätt är det bra om vi har möjlighet att utbyta muntlig och skriftlig information som gäller dig. Därför behöver vi ditt medgivande till att få bryta sekretessen.

Jag samtycker till att STAR, med samordnare, arbetskonsulent, och socialsekreterare i Krokoms kommun, rehabkoordinator i primärvården och psykiatrin, samt arbetsförmedlare hos Arbetsförmedlingen - får utbyta nödvändig information om mig för att kunna erbjuda lämpliga och samordnade insatser. (Handläggare hos Försäkringskassan inhämtar ett eget samtycke.)

Jag medger att dessa myndigheter får utbyta både muntlig och skriftlig information om mig utan hinder av sekretess om det behövs, för att kunna samverka och ge mig bästa möjliga stöd.

Utöver ovanstående godkänner jag även informationsutbyte med (exempelvis god man, boendestöd, med flera):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Samtycket och dina personuppgifter kommer att hanteras enligt **offentlighets- och sekretesslagen** (2009:400)

Samtycket gäller under den tid du är aktuell för stöd från STAR, och allra längst ett år. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

### Personuppgifter (Fylls inte i om personen har skyddad identitet, kontakta samordnare.)

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
Postadress	
E-postadress	

**Fylls i av dig som önskar medverka i STAR**

Det här är jag (min situation just nu):

Det här vill jag (förändring jag önskar ska ske):

Hur ser jag på min egen motivation och möjlighet att bidra?

Det här behöver jag hjälp med för att nå önskat läge:

**Vilka dina kontakter är idag (ange gärna namn och funktion på person som du träffar)**

Arbetsförmedlingen

Socialtjänsten, vilken verksamhet:  
(exempelvis ekonomiskt bistånd, boendestöd)

Kommunens Arbetsmarknadsenhet

Försäkringskassan

Hälsocentral, vilken:

Psykiatrin

Annan aktör, vilken:  
(exempelvis utbildningsanordnare, god man)

## Övriga uppgifter om dig

Kön  Kvinna  Man  Vill inte svara/inget svarsalternativ passar

Ålder \_\_\_\_\_

Min högsta slutförda utbildning är:

- Grundskola
- Gymnasial utbildning
- Eftergymnasial utbildning
- Uppgift saknas

Min försörjning vid ansökningstillfället (flera val möjliga):

- Lön
- A-kassa
- Aktivitetsstöd (via AF)
- Försörjningsstöd
- Sjukersättning
- Aktivitetsersättning (via FK)
- Sjukpenning/Rehabpenning
- Studiestöd/studiemedel
- Annan försörjning \_\_\_\_\_

Är du aktivt arbetsökande på arbetsförmedlingen?  Nej  Ja \_\_\_\_\_%

Nuvarande sysselsättning

- Arbetsökande
- Arbetsträning
- Arbetspraktik
- Studier
- Annan stödsats/aktivitet: \_\_\_\_\_
- Ingen planerad aktivitet/sysselsättning om dagarna

Behov av tolk  Ja  Nej

Känd funktionsnedsättning \_\_\_\_\_

**Fylls i av handläggare/rehabkoordinator/annan**

Namn på handläggare	Profession	Jobbar på
Tel nr/e-post:		
Eventuella pågående insatser, et c:		
Anledning till att jag som handläggare tar upp ärendet i STAR (- Vilken frågeställning har jag som handläggare?):		

**Fylls i av samordnare för STAR**

Inkom till STAR - Aktualiseringsdatum:	Togs upp i samverkansteam, STAR - Mötesdatum:
Övriga anteckningar, beslut om deltagande, ansvar för återkoppling, ansvar för planering/uppföljning:	