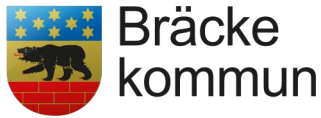


Skickas ifylld och underskriven till samordnare
för STAR i kommunen:

Maria Karlsson
Arbetsmarknadsenheten, Bräcke kommun,
Box 190, 843 21 Bräcke



SAMORDNINGSFÖRBUNDET
JÄMTLANDS LÄN

Ansökan till STAR

Samverkansteam för arbetslivsinriktad rehabilitering

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 tillika arbetsmarknadskoordinator, bistånds- och LSS-handläggare, operativ coach, samt socialsekreterare i **kommun**, rehabkoordinator i **primärvården (hälsocentralerna)** och rehabkoordinator hos **psykiatrin**, samt arbetsförmedlare hos **Arbetsförmedlingen** - får utbyta samt inhämta 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 samt inhämta 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 **till exempel** personligt ombud, förvaltare/god man, boendestöd, kommunal öppenvård:

- _____
- _____
- _____

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. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

[Frågor och svar om GDPR | SKR](#)

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 stöd av insatsen STAR

Det här är jag (min situation just nu):
Det här vill jag (förändring jag önskar ska ske):
Det här behöver jag hjälp med för att nå önskat läge:

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

<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen: Handläggare: _____	<input type="checkbox"/> Försäkringskassan: Handläggare: _____
<input type="checkbox"/> Socialtjänsten, vilken verksamhet: (exempelvis ekonomiskt bistånd, LSS, Öppenvård, boendestöd) Handläggare: _____	<input type="checkbox"/> Hälsocentral Vilken: _____
<input type="checkbox"/> Kommunens Arbetsmarknadsenhet Handläggare: _____	<input type="checkbox"/> Psykiatrin: Vilken: _____
	<input type="checkbox"/> Annan aktör: Vilken: _____ (exempelvis utbildningsanordnare, förvaltare/god man, frivård, Kriminalvården, personligt ombud)

Övriga uppgifter om dig

Pronomen som jag identifierar mig med

- Kvinna Man Hen Vill inte svara/inget svarsalternativ passar

Ålder: _____

Min högsta slutförda utbildning är:

- Ej slutförd grundskola
 Grundskola, antal år: _____
 Gymnasial utbildning (gymnasieexamen); inriktning: _____
 Eftergymnasial utbildning (ex. YH, högskola, med mera); inriktning: _____
 Uppgift saknas/oklart

Så här lång tid har jag haft offentlig försörjning de senaste åren (d v s inte försörjt mig genom arbete)

- Inte haft någon offentlig försörjning
 Upp till 1 år
 Upp till 3 år
 Upp till 5 år
 Längre än 5 år

Min försörjning vid ansökningstillfället (flera val möjliga):

- Lön: _____ %
 A-kassa
 Aktivitetsstöd
 Försörjningsstöd
 Sjukersättning: _____ %
 Aktivitetsersättning: _____ %
 Sjukpenning/Rehabpenning: _____ %
 Studiestöd/studiemedel: _____ %
 Har ingen egen försörjning
 Annan försörjning:

Nuvarande sysselsättning

Är du arbetssökande på arbetsförmedlingen? Nej Ja _____ %

- Jag har ingen planerad aktivitet/sysselsättning om dagarna
 Arbete: _____ %
 Arbetssökande: _____ %
 Arbetsträning/praktik: _____ %
 Studier: _____ %
 Annan stödinsats/aktivitet (ex. öppen mötesplats, gruppaktivitet) Vad: _____

Behov av tolk Ja Nej Om ja, vilket språk? _____

Fylls i av handläggare/rehabkoordinator/annan (- som varit med att göra den här ansökan)

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

Fylls i av samordnare för STAR

Togs upp i samverkansteamet, STAR Datum: _____	
Rekommendation från STAR:	
<input type="checkbox"/> Initiera en SIP	
<input type="checkbox"/> Initiera ett STAR flerpartsmöte	
<input type="checkbox"/> Initiera ett Avstämningsmöte	
<input type="checkbox"/> Ärendebärare: _____	
<input type="checkbox"/> Annan återkoppling till remittent:	
<input type="checkbox"/> Ej aktuell för STAR	
<input type="checkbox"/> Uppföljning av STAR, datum: _____	