

Skickas ifylld och underskriven till samordnare
för STAR i kommunen:

Härjedalens kommun
Anna Gustafzon
Medborgarhuset
842 80 Sveg



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



SAMORDNINGSFÖRBUNDET
JÄMTLANDS LÄN

Ansökan till STAR

Samverkansteam för arbetslivsinriktad rehabilitering

Samtycke (undertecknas av dig personligen)

STAR finns för att hjälpa dig vidare mot arbete, studier, långsiktig försörjning och planering framåt. STAR består av ett team av anställda från kommunen, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen samt Försäkringskassan. För att på bästa sätt planera våra olika insatser behöver vi få möjligheten att utbyta viss **nödvändig** information om dig, både muntligt och skriftligt. Vi behöver alltså ditt medgivande att få bryta sekretessen.

Jag samtycker till att **STAR**:

- **Samordnare STAR**, på Arbetsmarknadsenheten,
- **Socialsekreterare** på försörjningsstöd,
- **Rehabkoordinator** hos Psykiatri och i Primärvården,
- **Arbetsförmedlare** hos Arbetsförmedlingen,

utan hinder av sekretess får utbyta och inhämta nödvändig information om mig för att kunna erbjuda bästa möjliga stöd. (Handläggare hos Försäkringskassan inhämtar eget samtycke).

Utöver ovanstående godkänner jag även informationsutbyte med **till exempel** personligt ombud, förvaltare/ god man, boendestöd, kommunal öppenvård eller annan:

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

Samtycket gäller under den tid du är aktuell för stöd från STAR samt för uppföljningen sex månader efter avslutad insats. 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

Om all information inte ryms i fälten nedan ange den på sista sidan i rutan för "Övriga uppgifter".

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"/> Psykiatri: 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

- Hon Han Hen/annat/vill inte ange

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:

- Initiera en SIP
- Initiera ett STAR flerpartsmöte
- Initiera ett Avstämningsmöte

Ärendebärare: _____

Annan återkoppling till remittent:

Ej aktuell för STAR

Uppföljning av STAR, datum: _____

Övriga uppgifter