**Namn:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Personnr:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vilka parter har personen kontakt med?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arbetsförmedlingen | Handläggare/kontaktperson | Kontaktuppgifter |
| Försäkringskassa | Handläggare/kontaktperson | Kontaktuppgifter |
| Kommun | Handläggare/kontaktperson | Kontaktuppgifter |
| Regionen | Handläggare/kontaktperson | Kontaktuppgifter |
| Annan part | Handläggare/kontaktperson | Kontaktuppgifter |

Vilken försörjning har personen?

Beskriv syftet med deltagande i Teamsamverkan, inledningsvis och över tid?

Vilket behov finns av samordning?

Vad har prövats tidigare? Vilka pågående insatser finns och vilka insatser har avslutats?

Finns ett pågående missbruk eller andra kända hinder till att ha stöd från Teamsamverkan i syfte att närma sig arbete eller studier?

Övrigt som kan vara hjälpsamt för att underlätta ett deltagande? Anpassning?

Hur motiverad är deltagaren att aktivt delta i Teamsamverkan för att närma sig arbete eller studier? Markera med X

Inget alls Väldigt motiverad
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
0 5 10

Kontaktuppgifter till huvudman

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Myndighet | Handläggare | Tel/mejl |