

Syftesblankett

för förrehabiliterande insatser i projekt VÄXA

- Arbetsförmedlingen
 Försäkringskassan
 X kommun _____
 Vården
 Individsamverkansteam

Namn deltagare	Personnummer
Adress	Telefonnummer
E-post	

Namn handläggare	Telefonnummer
E-post	

Mål/delmål

Eget långsiktigt mål
Egna delmål

Planerat deltagande i projektet

Period	Aktivitet	Tider

Planerade uppföljningar

Datum	Medverkande vid uppföljning

Övrigt

Faktorer som ska observeras vid deltagande i aktivitet

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rörlighet/ styrka | <input type="checkbox"/> Kommunikation | <input type="checkbox"/> Koordination |
| <input type="checkbox"/> Uthållighet/ arbetstempo | <input type="checkbox"/> Interaktion | <input type="checkbox"/> Samarbete |
| <input type="checkbox"/> Tidsorganisation/ planering | <input type="checkbox"/> Problemlösning | <input type="checkbox"/> Koncentration |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Arbeta i grupp | <input type="checkbox"/> Arbeta mot uppsatta mål | <input type="checkbox"/> Närvaro |
| <input type="checkbox"/> Punktlighet | <input type="checkbox"/> Arbeta under tidspress | <input type="checkbox"/> Drivkraft/ motivation |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Samtycke

Jag samtycker till att samverkande parter i Samordningsförbundet får dokumentera och behandla uppgifter som är nödvändiga för uppföljning och utvärdering av mitt ärende i Samordningsförbundets verksamheter.

Detta medgivande och samtycke gäller under tid som jag deltar i Samordningsförbundet i Hallands verksamhet. Jag samtycker också till att en representant från Samordningsförbundet hör av sig till mig för en uppföljning ett år efter avslutad insats.

Datum

Namnunderskrift