

3 FAMILJ OCH NÄTVERK

Civilstånd: _____

Barn: Ja Nej

Finns det något kring barnen du vill berätta? _____

Finns det personer i din närhet som kan fungera som stöd om det skulle behövas? (*praktiskt eller känslomässigt*)

Ja Nej Delvis

Kommentar: _____

Har du pågående kontakter med personer vid andra myndigheter?

	Var/vem
Läkare	<input type="checkbox"/> _____
Samtalskontakt	<input type="checkbox"/> _____
Arbetsförmedling	<input type="checkbox"/> _____
Beroende/missbruk	<input type="checkbox"/> _____
Kriminalvården	<input type="checkbox"/> _____
Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> _____
Barn- och familjeenheten	<input type="checkbox"/> _____

Övrigt: _____

Har dina barn pågående kontakter med personer vid andra myndigheter?

	Var/vem
Läkare	<input type="checkbox"/> _____
Kurator	<input type="checkbox"/> _____
BUP	<input type="checkbox"/> _____
Beroende/missbruk	<input type="checkbox"/> _____

Kriminalvården _____

Försäkringskassan _____

Barn- och familjeenheten _____

Övrigt: _____

4 BOENDE

Beskriv din boendesituation: _____

5 EKONOMI

Beskriv hur din ekonomi sett ut tidigare och vad som förändrats: _____

Skulder/krediter: _____

6 UTBILDNING

Utbildning	Slutfört		Period
_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	_____

Anser du dig vara i behov av vidareutbildning för att öka dina chanser att få arbete?

Ja Nej

Kommentar: _____

7 ARBETSLIVSERFARENHET

Arbete	Anställningsform	Period
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Finns det något som skulle underlätta för dig att komma ut i arbete? _____

8 TIDIGARE/PÅGÅENDE ARBETSMARKNADSINSATSER

Typ av arbetsmarknadsinsatser	Vem	Period
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

9 ARBETSFÖRMÅGA

Hur bedömer du din möjlighet att bli självförsörjande inom tre månader?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Någorlunda
- Mindre bra
- Inte bra
- Inte alls bra

Kommentar: _____

Vad kan du göra för att öka dina möjligheter att bli självförsörjande? _____

Finns det något som försvårar för dig att bli självförsörjande? (*arbetshinder*) _____

Finns du med i belastningsregister? (*tidigare dömd*)

Ja Nej

Kommentar: _____

10 HÄLSA

Hur är din fysiska hälsa?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Någorlunda
- Mindre bra
- Inte bra
- Inte alls bra

Hur anser du att din fysiska hälsa påverkar din arbetsförmåga? _____

Har du de kontakter du önskar gällande din fysiska hälsa? _____

Hur är din psykiska hälsa?

- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Någorlunda
- Mindre bra
- Inte bra
- Inte alls bra

Hur anser du att din psykiska hälsa påverkar din arbetsförmåga? _____

Har du de kontakter du önskar gällande din psykiska hälsa? _____

Upplever du eller har du upplevt problem gällande alkohol, droger, spel eller annat?

Ja Nej

Kommentar: _____

11 ÖVRIGT

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är korrekta och sanningsenliga.

Datum: _____ Personnummer: _____

Namnsteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Hantering av personuppgifter: kommunen blir personuppgiftsansvarig för dina personuppgifter när den ifyllda blanketten skickats och tagits emot av kommunen. För mer information om hur dina personuppgifter behandlas, enligt dataskyddsförordningen, hänvisas till kommunens hemsida.