

DEL 1 SJÄLVUTREDNING FÖR RÄTT TILL EKONOMISKT BISTÅND

1 PERSONUPPGIFTER

FÖRNAMN: _____ PERSONNR: _____

EFTERNAMN: _____ Man Kvinna

ADRESS: _____

Telefon/hem: _____ Mobil: _____

Behov av tolk: Ja Nej Språk: _____

Uppehållstillstånd:

Datum: _____ Permanent Tillfälligt Flykting Anhörig

Tidigare kontakt med försörjningsstöd? Period: _____ Kommun: _____

2 AKTUELL SITUATION

Av vilken anledning ansöker du om ekonomiskt bistånd?

Vilken är din nuvarande sysselsättning?

	Datum/period
Arbetsökande	<input type="checkbox"/> _____
Inskrivnen Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/> _____
Sjukskriven	<input type="checkbox"/> _____
Sjukersättning/pension	<input type="checkbox"/> _____
SFI	<input type="checkbox"/> _____
Föräldraledig	<input type="checkbox"/> _____

Övrigt: _____

Kommentarer: _____

3 FAMILJ OCH NÄTVERK

Civilstånd: _____

Barn: Ja Nej

Namn: _____ Personnummer: _____

Hemmavarande Umgängesbarn, hur ofta? _____

Skola/förskola: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Hemmavarande Umgängesbarn, hur ofta? _____

Skola/förskola: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Hemmavarande Umgängesbarn, hur ofta? _____

Skola/förskola: _____

Finns det något övrigt kring barnen du vill berätta om som påverkar din ekonomi? _____

Finns det personer i din närhet som kan fungera som stöd om det skulle behövas?

(PRAKTISKT OCH/ELLER KÄNSLOMÄSSIGT)

Ja Nej Delvis

Kommentarer: _____

Har du pågående kontakter med personer vid andra myndigheter?

Om ja:

Var/vem

Läkare _____

För barnen _____

Samtalskontakt _____

Arbetsförmedling _____

Beroende/missbruk _____

Kriminalvården _____

Försäkringskassan _____

Andra kontakter inom förvaltning _____

Övrigt: _____

4 BOENDE

Hur bor du?

Första hand Andra hand Inneboende Bor hos föräldrar Bostadslös

Övrigt: _____

Hyresvärd: _____ Hyra: _____

Antal boende i bostaden: _____ Antal rum: _____

5 EKONOMI

Inkomster: _____

Utgifter: _____

Tillgångar: _____

Fordon: (ange registreringsnummer och värde) _____

Skulder: _____

DEL 2 UTREDNING FÖR VAL AV INSATS

6 UTBILDNING

Ange i kronologisk ordning, de utbildningar som du har deltagit i:

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	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	_____

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

7 ARBETSLIVSERFARENHET

Redogör för din arbetslivserfarenhet i kronologisk ordning:

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

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

8 TIDIGARE 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

Kommentarer: _____

Vad kan du själv 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

Kommentarer: _____

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? _____



Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är korrekta och sanningsenliga. Jag samtycker till att socialtjänsten kontaktar ovannämnda arbetsgivare. Jag är medveten om att oriktiga uppgifter kan leda till avslag av försörjningsstödsansökan.

Datum:..... Personnummer:.....

Namnsteckning:.....

Namnförtydligande:.....

Skickas till:

Individ- och familjeomsorg
Högsby kommun
579 80 Högsby

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.