



Aktivitetsförfrågan

Socialtjänsten har ett delansvar för rehabiliteringen av personer som är sjukskrivna och som uppstår ekonomiskt bistånd. Vi samarbetar även med Arbetsförmedlingen när det gäller att möjliggöra för personer att komma i arbete.

För att ha rätt till ekonomiskt bistånd ska personen stå till arbetsmarknadens förfogande det vill säga arbeta eller söka arbete). Om en person uppger att detta inte är möjligt anordnas olika former av **förrehabiliterande aktiviteter** (till exempel arbetsträning eller gruppverksamhet 10 timmar per vecka). Deltagande i dessa insatser är normalt ett villkor för att ha rätt till ekonomiskt bistånd.

Om personen uppger att inget av detta är möjligt på grund av sjukdomen, det vill säga varken arbete/arbetssökande eller deltagande i planerade insatser, behöver personen **styrka detta med ett läkarintyg**.

Som läkare fyller du i blankettens sista del, skriver under och kompletterar vid behov (ja-svar på blanketten) med ett medicinskt underlag i form av ett läkarintyg på Försäkringskassans blankett.

Välkommen att kontakta socialsekreteraren om du har frågor!

Nedanstående del fyller du som socialsekreterare i

/Rör pekaren över rubriker och rutor nedan och på nästa sida för att fylla i. Rubrikerna: du börjar fylla i direkt efter kolon-tecknet./

Personens namn:

Personnummer:

Ovanstående person uppger sig på grund av sjukdom ha svårigheter med att delta i planerade aktiviteter som består av att:

Söka arbete Delta i kurs/utbildning Arbeta Annat

Beskrivning av aktivitet och omfattning:

Aktiviteterna är planerade att pågå under tiden:



Socialsekreterarens namn:

Enhet:

Kommun:

Telefon: Nås säkrast (tid):

Mejl:

Nedanstående del fyller du som läkare i (om du inte kan svara inom 4 veckor, behöver du kontakta socialsekreteraren)

Fråga: Har personen en sjukdom som HINDRAR att hen kan delta i aktiviteterna?

/Rör pekaren över aktuell ruta nedan för att kryssa i – eller fyll i för hand./

Nej

Ja

Om ja, beskriv i rutan funktionsnedsättningen (undersökningsfynd, observationer, utredningsresultat) och aktivitetsbegränsningen (vad personen inte klarar på grund av funktionsnedsättningen):

Bifogas medicinskt underlag?

/Rör pekaren över aktuell ruta nedan för att kryssa i – eller fyll i för hand./

Nej

Ja

/Rör pekaren över rubrikerna och fyll i direkt efter kolon-tecknet – eller fyll i för hand./

Läkarens namn:

Vårdenhet:

Telefon: Mejl:

Datum

Underskrift: _____

Blanketten printas ut, skrivs under och skickas/vidarebefordras till:

/Fylls i av socialsekreteraren i förväg./

Namn:

Adress: