

Förfrågan om medicinskt utlåtande avseende person med försörjningsstöd

Nedan fylls i av socialsekreterare

Namn: _____ Personnummer: _____

Ovanstående person uppger att hen p.g.a. sjukdom/besvär har svårigheter att delta i nedan planerade aktiviteter.

Sjukdom/besvär: _____

Söka arbete

Arbeta på praktikplats i form av: _____

Delta i arbetslivsinriktad rehabilitering via kommunen/Arbetsförmedlingen i form av:

Delta i kurs/utbildning: _____

Annat: _____

Aktiviteterna är planerade att pågå under perioden: _____

Timmar per vecka: _____

Socialsekreterare: _____

Telefon: _____ Mailadress: _____

Underlaget skickas med post till (adress)*: _____

Underlaget ska lämnas till individen som lämnar detta till sin socialsekreterare

Fakturaadress: _____

Kostnadsställe: _____

Nedan fylls i av vården

Datum för besöket: _____

Har ovanstående person en sjukdom/besvär som hindrar att hen kan vara med i ovanstående aktiviteter på del-/eller heltid?

Nej Ange ev. anpassningar för att delta i planerade aktiviteter: _____

Ja Vänligen fyll i "Medicinskt utlåtande avseende person med försörjningsstöd"

Intygsutfärdare: _____

Profession: _____

Underskrift: _____

***Om ifylld blankett och ev. utlåtande ska skickas till socialsekreteraren krävs ett samtycke från individen.**

Individen samtycker till att underlaget skickas till angiven socialsekreterare.

Förtydligande

Målet för alla personer som uppbär försörjningsstöd/ekonomiskt bistånd från socialtjänsten är att de ska bli självförsörjande. För att erhålla ekonomiskt bistånd ska personen stå till arbetsmarknadens förfogande. Om personen inte klarar av detta kan socialtjänsten erbjuda olika former av arbetslivsriktade insatser (aktiviteter) för att personen ska närma sig självförsörjning. Om en person uppger att han/hon inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande alternativt delta i planerad aktivitet på grund av sjukdom kan han/hon behöva styrka denna oförmåga med ett medicinskt utlåtande från vården. Denna blankett avser att underlätta kommunikationen mellan Socialtjänsten och sjukvården, ge ett bättre underlag för medicinsk bedömning av aktivitetsförmåga och för att förbättra möjligheterna till adekvat rehabilitering.

1. Socialsekreteraren fyller i blankettens övre del i samtycke med individen, som sedan uppmanas att boka tid på vårdcentral/vårdenhet. Vid tidbokningen är det viktigt att tydliggöra att skälet för besöket är att få ett medicinskt utlåtande för bedömning av aktivitetsförmåga och ev. sjukskrivning.
2. Vården fyller i blankettens nedre del och skriver under i samband med besöket/efter erforderliga undersökningar/bedömningar. Om ja-svar på blanketten kompletteras blanketten med ett medicinskt utlåtande. Underlaget lämnas till individen som lämnar detta till sin socialsekreterare. Om det i stället skickas krävs samtycke från individen.
3. Vid behov av förtydliganden kan socialsekreteraren kontakta rehabiliteringskoordinator på aktuell vårdenhet och det omvända om vården behöver ytterligare upplysningar. En förutsättning är att det finns ett samtycke från patienten kring detta.

Rehabkoordinator/motsvarande:

Tel.nr.

Mejladress:

4. Vården debiterar Försörjningsstöd/Socialtjänsten enligt timtaxa för insatsen och utfärdandet av underlaget. Fakturaadress och kostnadsställe anges i begäran.

Mer information - *kan användas av både Socialtjänsten och vården*

Läkarintyg för sjukpenning ska **INTE** utfärdas, eftersom personer med ekonomiskt bistånd sällan har sjukpenninggrundande (SGI) inkomst och därmed inte har rätt till sjukpenning via sjukförsäkringen. Detta underlag är till för att ge socialtjänsten ett underlag för att ta ställning till ekonomiskt bistånd och insatser via socialtjänsten.