

## DEL 2 UTREDNING INFÖR STÖD TILL EGEN FÖRSÖRJNING

|           |              |
|-----------|--------------|
| Förnamn   | Personnummer |
| Efternamn | Datum        |

### 1 TIDIGARE UTBILDNING

| Ange utbildningar och kurser som du har deltagit i (även i andra länder) |    |  |
|--|----|--|
|  | År | Slutfört   |
| <input type="checkbox"/> Grundskola                                      |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium                                       |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Komvux  |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Universitet/högskola                            |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Svenska för invandrare                          |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Övrigt  |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Kommentar  |    |  |

### 2 TIDIGARE ARBETEN

| Redogör för din arbetslivserfarenhet (även i andra länder) |                                 |    |
|--|---------------------------------|----|
| Arbete   | Anställningsform och omfattning | År |
|  |                                 |    |
| Kommentar  |                                 |    |

### 3 ARBETSMARKNADEN

|  |             |
|--|-------------|
| Inskrivnen på Arbetsförmedlingen?      | Handläggare |
| <input type="checkbox"/> Ja, sedan när |             |
| <input type="checkbox"/> Nej           |             |
| Kommentar                              |             |

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Aktuell handlingsplan tillsammans med Arbetsförmedlingen? |                              |
| <input type="checkbox"/> Ja                               | <input type="checkbox"/> Nej |
| Kommentar   |                              |
| Har du körkort  |                              |
| <input type="checkbox"/> Ja, nivå                         | <input type="checkbox"/> Nej |
| Kommentar   |                              |

|   |    |  |
|---|----|--|
| Har du fått insatser via Arbetsförmedlingen eller kommunen? |    |  |
|   | År | Slutfört   |
| <input type="checkbox"/> Kurs                               |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Kurs                               |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Praktik                            |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Praktik                            |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Yrkesutbildning                    |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Yrkesutbildning                    |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Annat                              |    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Kommentar   |    |  |

#### 4 BELASTNINGSREGISTRET

|  |  |
|--|--|
| Finns du med i belastningsregistret (tidigare dömd för brott)? |  |
| <input type="checkbox"/> Ja                                    | <input type="checkbox"/> Nej                             |
| Har du pågående planering med kriminalvården?                  |  |
| <input type="checkbox"/> Ja                                    | <input type="checkbox"/> Nej                             |
| Om ja: får du det stöd du behöver?                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Kommentar  |  |

#### 5 HÄLSA OCH ARBETSFÖRUTSÄTTNINGAR

|   |                              |
|---|------------------------------|
| Har du någon funktionsnedsättning som påverkar din arbetsförmåga? |                              |
| <input type="checkbox"/> Ja                                       | <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja: på vilket sätt?  |                              |
| Kommentar   |                              |
| Anser du att din hälsa påverkar din förmåga att försörja dig?     |                              |
| <input type="checkbox"/> Ja                                       | <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja: på vilket sätt?  |                              |
| Kommentar   |                              |
| Har du traumatiska upplevelser som påverkar din arbetsförmåga?    |                              |
| <input type="checkbox"/> Ja                                       | <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja: på vilket sätt?  |                              |
| Kommentar   |                              |

## 5 HÄLSA - Du kan hoppa till "6 Våld eller hot" om du svarat nej på föregående frågor.

Hur är din fysiska hälsa? (markera på skalan)

|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| Inte alls bra              |                            |                            |                            |                            | Mycket bra                 |                            |                            |                            |                             |

Kommentar

Hur är din psykiska hälsa? (markera på skalan)

|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| Inte alls bra              |                            |                            |                            |                            | Mycket bra                 |                            |                            |                            |                             |

Kommentar

Har du de kontakter/hjälpmiddel du önskar gällande din hälsa?

Ja                       Nej                       Inte aktuellt

Kommentar

## 6 VÅLD ELLER HOT

Har du blivit utsatt för våld eller hot av någon som står dig nära? (fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomiskt eller materiellt våld eller hot samt förummelse)

Ja                       Nej

Har du utsatt någon som står dig nära för våld eller hot? (fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomiskt eller materiellt våld eller hot samt förummelse)

Ja                       Nej

Om Ja: får du det stöd du behöver?                       Ja                       Nej                       Inte aktuellt

Kommentar

## 7 MISSBRUK/BEROENDEPROBLEMATIK

Har du missbruk/beroendeproblematik (ex. spel, medicin, alkohol, mat eller narkotika)?

Ja                       Nej                       Delvis

Om Ja eller Delvis: påverkar det din arbetsförmåga?                       Ja                       Nej

Om Ja eller Delvis: påverkar det din ekonomi?                       Ja                       Nej

Om Ja eller Delvis: får du det stöd du behöver?                       Ja                       Nej

Kommentar

## 8 SOCIALA NÄTVERK

Känner du personer som kan ge dig stöd på vägen till egen försörjning?

Ja                       Nej

Kommentar

Påverkar din sociala situation dina möjligheter att arbeta eller få ett arbete?

Ja                       Nej                       Delvis

Kommentar

## 9 BARNETS/BARNENS SITUATION

|  |
|--|
| Hur är barnets/barnens situation?  |
| Hur påverkar barnets/barnens situation dina möjligheter att försöka dig?   |
| Hur påverkar barnets/barnens situation familjens ekonomi? (t.ex. kostnader till följd av hälsoproblem, umgänge eller fritidsaktiviteter) |
| Hur påverkas barnet/barnen av familjens ekonomi?   |

## 10 ÖVRIGT

|  |
|--|
| Finns det någon annan information du tror vi behöver veta? |
|--|

## 11 EGEN BEDÖMNING

|   |
|---|
| Hur bedömer du din möjlighet att bli självförsörjande inom tre månader? (Markera på skalan) |
| <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br/>Inte alls bra Mycket bra</p>                                    |
| Vad kan öka dina möjligheter att bli självförsörjande?                                      |
| Kommentar   |

## 12 SAMMANFATTNING AV DIN SITUATION IDAG (görs tillsammans med din handläggare)

|  |
|--|
|  |
| Vilken information har lämnats till sökande? |

## 13 FRAMTIDA MÅL (görs tillsammans med din handläggare)

|  |
|--|
|  |
|--|

## 14 HANDLÄGGARENS BEDÖMNING

|  |
|--|
|  |
|--|

## FÖR ATT HA RÄTT TILL EKONOMISKT BISTÅND BEHÖVER SÖKANDE GÖRA FÖLJANDE

|  |
|--|
|  |
|--|

## BESLUTSMOTIVERING

|  |
|--|
|  |
|--|

## BESLUT

|  |
|--|
|  |
|--|

**BESLUTFATTARE**

|  |
|--|
|  |
|--|