

## UTREDNINGSMALL

### VID ANSÖKAN

## OM FÖRSÖRJNINGSSTÖD

# Information till dig som har ansökt om ekonomiskt bistånd

Socialtjänstens övergripande mål är att ge människor ekonomisk och social trygghet. Ekonomiskt bistånd ska endast ses som en tillfällig hjälp, tanken är att du tillsammans med din socialsekreterare ska finna vägar så att du blir självförsörjande så fort som möjligt. För att vi på bästa sätt ska kunna hjälpa dig behöver vi prata om både problem och möjligheter i din livssituation. Detta kommer vi att göra med hjälp av frågeformuläret som vi har bifogat. Frågeformuläret är utformat så att ett stort antal personer ska kunna använda det. Du kan därför uppleva att några av frågorna inte är aktuella för just dig.

Fyll i Frågeformuläret Fråga 1-10 innan du kommer på ditt första besök. Handlingsplanen kan Fyllas i vid besöket

Vid besöket kommer vi att gå igenom frågorna tillsammans med dig. Svaret på frågorna kommer att användas som ett underlag för ditt vidare samarbete med socialtjänsten. Dina uppgifter är sekretessbelagda, vilket innebär att informationen inte kan föras vidare utan ditt samtycke.

Datum: \_\_\_\_\_

## Del 1 UTREDNING FÖR RÄTT TILL EKONOMISKT BISTÅND

### 1. Personuppgifter

- 1.1. Förnamn \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_  
Efternamn: \_\_\_\_\_  Man  Kvinna  
Adress: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_
- 1.2. Behov av tolk(markera ditt svar): **Ja Nej** Om ja, Språk: \_\_\_\_\_
- 1.3. Uppehållstillstånd (om nej hoppa över denna fråga): Datum \_\_\_\_\_  
Form av beslut (markera ditt svar): **Permanent Tillfällig Flykting Anhörig**
- 1.4. Tidigare kontakt med försörjningsstöd? Period: \_\_\_\_\_ Kommun: \_\_\_\_\_

### 2. Aktuell Situation

- 2.1. Av vilken anledning ansöker du om ekonomiskt bistånd?

---

---

---

---

- 2.2. Vilken är din nuvarande sysselsättning?

	Datum/period
Arbetssökande	_____
Inskrivnen Arbetsförmedlingen	_____
Sjukskriven	_____
Sjukersättning/pension	_____
Sfi	_____
Heltid/deltidsarbete	_____
Föräldraledig	_____
Övrigt: _____	
Kommentarer: _____	
_____	
_____	

### 3. FAMILJ OCH NÄTVERK

3.1. Civilstånd: \_\_\_\_\_

3.2. Barn? **JA Nej** Om Nej, hoppa till fråga 3.4

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Hur många dagar bor barnet hos dig? **Heltid Halvtid** Annat: \_\_\_\_\_

Skola/dagis: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Hur många dagar bor barnet hos dig? **Heltid Halvtid** Annat: \_\_\_\_\_

Skola/dagis: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Hur många dagar bor barnet hos dig? **Heltid Halvtid** Annat: \_\_\_\_\_

Skola/dagis: \_\_\_\_\_

3.3. Finns det något övrigt kring barnen du vill berätta som påverkar din ekonomi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.4. Finns det personer i din närhet som kan fungera som stöd om det skulle behövas? (praktiskt och/eller känslomässigt) **JA NEJ DELVIS**

Kommentar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.5. 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

4.1. Hur bor du? **Första hand** **Bostadsrätt** **Egen fastighet** **Inneboende** **Andra hand** **Bor hos föräldrar** **Bostadslös**

Övrigt: \_\_\_\_\_

Hyresvärd: \_\_\_\_\_ Hyra: \_\_\_\_\_

Antal boende i bostaden: \_\_\_\_\_ Antal rum: \_\_\_\_\_

#### 5. Ekonomi

5.1. Inkomster: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.2. Utgifter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.3. Tillgångar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.4. Skulder: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Del 2 UTREDNING FÖR VAL AV INSATSER

### 6. Utbildning

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

Utbildning	Slutförd	Period
_____	JA NEJ	_____
_____	JA NEJ	_____
_____	JA NEJ	_____
_____	JA NEJ	_____
_____	JA NEJ	_____

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

---

---

### 7. Arbetslivserfarenhet

7.1. Redogör för din arbetslivserfarenhet i kronologisk ordning:

Arbete	Anställningsform	Period
	Heltid/deltid, vik/fast ect	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 8. TIDIGARE ARBETSMARKNADSINSATSER

8.1. Har du haft någon tidigare praktik, genomgått arbetsförmågebedömning, arbetsträning eller liknande?

Typ av arbetsmarknadsinsats	Via vem	Period
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## 9. ARBETSFÖRMÅGA

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

**7 Mycket bra**

**6 Bra**

**5 Ganska bra**

**4 Någorlunda**

**3 Mindre bra**

**2 Inte bra**

**1 Inte alls bra**

Vad är grunden till den bedömningen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.2. Vad kan du själv göra för att öka dina möjligheter att bli självförsörjande?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.3. Finns det något som försvårar för dig att bli självförsörjande (arbetshinder)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9.4. Finns du med i belastningsregister? (tidigare dömd) **JA NEJ**

Om ja, ange vilken typ av brott: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 10. HÄLSA

10.1. Hur är din fysiska hälsa?

**7 Mycket bra**

**6 Bra**

**5 Ganska bra**

**4 Någorlunda**

**3 Mindre bra**

**2 Inte bra**

**1 Inte alls bra**

10.2. På vilket sätt anser du att din fysiska hälsa påverkar din arbetsförmåga? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.3. Har du de kontakter du önskar gällande din fysiska hälsa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.4. Hur är din psykiska hälsa?

**7 Mycket bra**

**6 Bra**

**5 Ganska bra**

**4 Någorlunda**

**3 Mindre bra**

**2 Inte bra**

**1 Inte alls bra**

10.5. På vilket sätt anser du att din psykiska hälsa påverkar din arbetsförmåga? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.6. Har du de kontakter du önskar gällande din psykiska hälsa? \_\_\_\_\_



---

---

---

10.7. Anser du att du har eller har haft missbruk/beroendeproblematik? (exempelvis spel, medicin, alkohol, mat eller narkotika) **JA** **NEJ** **DELVIS**

Beskriv missbruket: \_\_\_\_\_

---

---

10.8. Deltar du/har deltagit i behandling för ditt missbruk?

---

---

---

10.9. Anser du att du får det stöd du behöver för ditt missbruk?

---

---

---