

Henvisning til IKT Specialrådgivning om hjælpemidler til job

Henvisende instans. Navn på kommune eller institution	EAN nr.
Sagsbehandler / telefon / mail	
Ledsager ved afprøvning	

Henvisningen vedrører (navn)	Cpr.nr.	Telefon / mail
Adresse	Postnr./By	

Baggrund for henvisningen	Sæt kryds eller beskriv
Borgeren er sygemeldt og under udredning	
Borgeren er sygemeldt og ansøger om	Flexjob <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/>

Borgeren er bevilget/arbejder i flexjob	
Borgeren er/skal i arbejdsprøvning	
Beskrivelse af relevante skånebehov i forhold til beskæftigelse	

Årsag til henvisning	Sæt kryds
1. Udredning af behov for hjælpemiddel/arbejdsredskab	
Kort beskrivelse af den nedsatte funktionsevne	
2. Afprøvning/anbefaling/bestilling/levering af hjælpemiddel/arbejdsredskab	
Hjælpemidlets art	

Oplysninger om arbejdssted	
Virksomhedens navn	
Adresse	
Navn , telefonnummer, mailadresse på	

kontaktperson	
Hvilke arbejdsfunktioner udfører borgeren?	
Daglig arbejdstid	

Diagnose og funktionsevne er beskrevet i vedlagte kopier af sagsakter	Sæt kryds
Ressourceprofil	
Lægestatus	
Journaludskrift fra behandlende sygehus	
Andet	

Supplerende oplysninger

Dato	Underskrift/stempel:
------	----------------------