

Lämnas till arbetsgivaren

Ni som är anordnare av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd kan använda den här blanketten för att redovisa utförda insatser för arbetsgivaren.

1. Uppgifter om den anställda och arbetsgivaren

Den anställdas förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Arbetsgivare	Organisationsnummer

2. Uppgifter om anordnaren av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd

Företagets namn	Organisationsnummer	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Kontaktperson	Telefon	E-postadress

3. Följande insatser har utförts

Information om vad de olika insatserna innebär finns i Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2014:1) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktat rehabiliteringsstöd för återgång i arbete.

<input type="checkbox"/> Utrett arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder Om en utredning har gjorts, fyll även i punkt 4, Anordnarens ställningstaganden.	
Beskriv vad som har gjorts	<input type="checkbox"/> Jag specificerar i en bilaga
<input type="checkbox"/> Planerat arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder	
Beskriv vad som har gjorts	<input type="checkbox"/> Jag specificerar i en bilaga
<input type="checkbox"/> Initierat arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder	
Beskriv vad som har gjorts	<input type="checkbox"/> Jag specificerar i en bilaga
<input type="checkbox"/> Genomfört arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder	
Beskriv vad som har gjorts	<input type="checkbox"/> Jag specificerar i en bilaga
<input type="checkbox"/> Följt upp arbetsplatsinriktade rehabiliteringsåtgärder	
Beskriv vad som har gjorts	<input type="checkbox"/> Jag specificerar i en bilaga

4. Anordnarens ställningstaganden vid utredning

Har ni gjort en bedömning av arbetstagarens arbetsförmåga i förhållande till ordinarie arbetsuppgifter?

Ja Nej

Kommentar

Har ni övervägt behovet av arbetshjälpmedel?

Ja Nej

Kommentar

Har ni övervägt om deltidssjukskrivning är möjlig i stället för en heltidssjukskrivning?

Ja Nej

Kommentar

Har ni övervägt om ersättning för merkostnader för arbetsresor är ett möjligt alternativ till sjukskrivning?

Ja Nej

Kommentar

Har ni utrett med arbetsgivaren om det finns möjlighet att anpassa arbetstagarens arbetsuppgifter eller om arbetstagaren kan få andra arbetsuppgifter som är mer lämpliga?

Ja Nej

Kommentar

Har ni inlett en diskussion med arbetsgivaren om att ändra hur arbetstiden är förlagd?

Ja Nej

Kommentar

Har ni uppmärksammat om arbetstagaren på grund av sjukdom inte kan återgå i arbete hos sin nuvarande arbetsgivare och meddelat Försäkringskassan detta?

Ja Nej

Kommentar

Har ni fört en dialog om lämpliga fortsatta insatser med arbetstagaren och berörd chef eller annan ansvarig hos arbetsgivaren?

Ja Nej

Kommentar

5. Övriga upplysningar

	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga
--	--

6. Underskrift

Datum	Underskrift
Namnförtydligande	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.