

Blanketten används av anordnaren för att redovisa arbetsplatsnära stöd. Skicka blanketten till den anställdes arbetsgivare.

1. Uppgifter om den anstälde och arbetsgivaren

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Arbetsgivare	Organisationsnummer

2. Uppgifter om anordnaren av arbetsplatsnära stöd

Förnamn och efternamn	Organisationsnummer	
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Kontaktperson	Telefon, även riktnummer	E-postadress

3. Kartläggning av hinder och resurser

Har ni gjort en kartläggning av den anställdes hinder och resurser <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kartläggningen är dokumenterad <input type="checkbox"/> Nej, ange orsak nedan
Kommentar

4. Funktionsbedömning

Har ni gjort en funktionsbedömning? (fysisk och/eller psykisk) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kartläggningen är dokumenterad <input type="checkbox"/> Nej, ange orsak nedan
Kommentar

5. Planerade insatser

Har ni haft kontakt med arbetstagaren och den närmaste chefen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Kartläggningen är dokumenterad <input type="checkbox"/> Nej, ange orsak nedan
Kommentar

6. Anordnarens ställningstaganden

Kan arbetshjälpmedel underlätta för den anställda att återgå i arbete?

 Ja Nej

Kommentar

Har ni tagit ställning till om sjukskrivning på deltid är bättre än på heltid för den anställda?

 Ja Nej

Kommentar

Har ni tagit ställning till om den anställda skulle kunna återgå i arbete med anpassade arbetsuppgifter?

 Ja Nej

Kommentar

Har ni tagit ställning till om den anställda skulle kunna återgå i arbete med ändrade arbetstider?

 Ja Nej

Kommentar

Har ni tagit ställning till om den anställda skulle kunna arbeta om han eller hon fick reseersättning i stället för sjukpenning?

 Ja Nej

Kommentar

Bedömer ni att det på grund av sjukdomens konsekvenser finns risk för att den anställda inte kan återgå till arbetet hos sin nuvarande arbetsgivare?

 Ja Nej

Kommentar

7. Övriga upplysningar Jag lämnar upplysningar
i en bilaga**8. Underskrift av anordnare av arbetsplatsnära stöd**

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

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