**IKT Specialrådgivning**

**Henvisning om IKT-hjælpemiddel – Jobcenter**

Udfyldes og sendes til [csu-ikt@holb.dk](mailto:csu-ikt@holb.dk)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Henvisende instans: 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 □  Pension □ |

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
| Lægestatus |  |
| Journaludskrift fra behandlende sygehus |  |
| Andet |  |

|  |
| --- |
| **Supplerende oplysninger** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Borger har givet samtykke til at deltage i et IKT-forløb Sæt kryds** | |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato** | **Underskrift/stempel:** |