

Professionell kompetens

Anvisningar för ifyllande: Syftet med denna blankett är att sammanfatta din professionella kompetens, de yrkesmässiga målen och eventuella utmaningar i fråga om din sysselsättning. Målet är att göra din övergång till att vara arbetsökande inom social- och hälsocentralens tjänster för stöd för arbetsförmågan och sysselsättningsfrämjande tjänster smidigare. Fyll i blanketten enligt bästa förmåga och ta den med dig till ditt besök på mottagningen eller lämna in den på något annat överenskommet sätt.

Personens namn:

Födelsedatum:

Datum när blanketten fylls i:

Arbetsliv

Vilket arbete har du haft senast och vilka var dina viktigaste arbetsuppgifter?

Varför upphörde anställningen?

- Tidsbegränsad anställning
- På eget initiativ, varför?
- På arbetsgivarens initiativ, varför?
- Av hälsoskäl
- Annan orsak, vad?

Hur tycker du att arbetet gick för dig?

Vad gillade du i ditt arbete?

Vad tycker du att du lyckades bäst med?

Anpassades arbetet för att bättre passa dig?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbetsidsarrangemang | <input type="checkbox"/> Organiseringen av arbetet |
| <input type="checkbox"/> Ändringar i arbetsmiljön | <input type="checkbox"/> Teknik och hjälpmedel |
| <input type="checkbox"/> Hjälp i arbetet | <input type="checkbox"/> På annat sätt, hur? |

Ange i tabellen nedan dina tidigare anställningar och viktigaste arbetsuppgifter. Ange den senaste anställningen på raden högst upp. Fortsätt under rutfältet om det behövs. Ringa in de uppgifter som du gillade bäst.

Arbetsgivare	Titel	Viktigaste uppgifter	Tid

Hur skulle du beskriva din tid i arbetslivet?

- Jag har kontinuerligt varit i arbetslivet (som anställd eller företagare)
- Jag har för det mesta varit i arbetslivet, med perioder av arbetslöshet
- Jag har för det mesta varit arbetslös, med perioder av anställning
- Jag har varit arbetslös, arbetat med olika former av stöd (t.ex. arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte)
- Annat, vad?

Hurdant arbete skulle du vilja ha i fortsättningen?

Utbildning och studier

Hurdan utbildning har du?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundskola | <input type="checkbox"/> Yrkesexamen, vilken/vilka? |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium | <input type="checkbox"/> Högskoleexamen (yrkeshögskola/universitet), vilken/vilka? |
| <input type="checkbox"/> Folkskola eller medborgarskola | <input type="checkbox"/> Ofullständig, vilken? |

Vilken annan yrkeskompetens och/eller vilka allmänna färdigheter som kan vara till nytta i arbetslivet har du samlat på dig till exempel genom arbetserfarenhet eller fritidsintressen?

Har du körkort?

- Ja, körkortsklass?
 Nej

Är du intresserad av nya studier för att få ett visst yrke?

- Kanske
 Ja, vilka studier?
 Nej

Har du inlärnings-, läs- eller koncentrationssvårigheter?

- Nej
 Misstänkta
 Konstaterade
 Jag misstänker själv

Behov av stöd i arbetet eller studierna

Hurdant stöd behöver du för att kunna arbeta eller studera?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stöd vid samtal med chefen | <input type="checkbox"/> Stöd för användningen av smarta enheter eller datorer |
| <input type="checkbox"/> Stöd för att kunna verka i arbetsgemenskapen | <input type="checkbox"/> En lugn plats för att studera/arbota |
| <input type="checkbox"/> Stöd för att orka | <input type="checkbox"/> Hjälpmedel till skolan/arbetsplatsen |
| <input type="checkbox"/> Ekonomiskt stöd | <input type="checkbox"/> Hjälp med att ta mig till och från skolan/arbetet |
| <input type="checkbox"/> Stöd från familjen eller andra närstående | <input type="checkbox"/> Stärkande av studietekniken |
| <input type="checkbox"/> Hjälp med vården av en närstående. Beskriv närmare | <input type="checkbox"/> Annat, vad? |
| <input type="checkbox"/> Stöd för att göra studie-/arbetsuppgifter | |

Upplevd arbetsförmåga

Vi antar att din arbetsförmåga har fått tio poäng när den varit som bäst. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga på skalan 0–10? 0 betyder att du inte alls kan arbeta.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
helt arbetsförmögen					arbetsförmågan när den är som bäst					

Hälsotillstånd

Har du en eller flera fysiska eller psykiska symtom, sjukdomar eller skador som försämrar din arbetsförmåga/försämrar din sysselsättning?

Nej Ja

Rehabilitering

Har du genomgått rehabilitering? Kryssa för lämpligt alternativ

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, medicinsk rehabilitering
(t.ex. fysioterapi, psykoterapi, rehabilitering för sjukdomar i rörelseorganen, ryggrehabilitering, anpassningsträning, neuropsykologisk rehabilitering) | <input type="checkbox"/> Ja, social rehabilitering |
| <input type="checkbox"/> Ja, yrkesinriktad rehabilitering (t.ex. Kiila, Aslak, arbetsträning, arbetsprövning) | <input type="checkbox"/> Ja, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte |
| | <input type="checkbox"/> Nej |
| | <input type="checkbox"/> Jag vet inte |

Utkomst

Vad består din utkomst av för närvarande? Kryssa för lämpliga alternativ

- Löneinkomst
- Sjukdagpenning, partiell sjukdagpenning, rehabiliteringsstöd, partiellt rehabiliteringsstöd
- Från FPA Från en arbetspensionsanstalt Från en olycksfallsförsäkringsanstalt
- Arbetslöshetsdagpenning
- Från FPA Från en arbetslöshetskassa
- Bostadsbidrag

Har du skulder?

Nej Ja

Behöver du ekonomiskt stöd i din situation?

Nej Ja

Jag skulle vilja ha en tid till en

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> läkare | <input type="checkbox"/> hälsovårdare |
| <input type="checkbox"/> fysioterapeut | <input type="checkbox"/> psykolog |
| <input type="checkbox"/> socialarbetare | <input type="checkbox"/> samordnare för arbetsförmågan |