

## Förfrågan om Case Manager (CM)

1. Har du psykiska problem som försvårar ditt liv (psykisk funktionsnedsättning)?

Ja  Nej

2. Har du missbruks- eller beroendeproblematik? Ja  Nej

Om du svarar Ja, vad? \_\_\_\_\_

3. Beskriv dina svårigheter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hur länge har du upplevt svårigheter? \_\_\_\_\_

4. Behandling du får idag och/eller som du fått tidigare?

\_\_\_\_\_

### ***Vilket stöd har du från:***

Region Kalmar län: \_\_\_\_\_

Kommunen: \_\_\_\_\_

Arbetsförmedlingen: \_\_\_\_\_

Försäkringskassan: \_\_\_\_\_

**God man:** Ja  Nej

**Förvaltare:** Ja  Nej

**Kriminalvården** Ja  Nej

Frivården: \_\_\_\_\_

**5. Vad önskar du att CM hjälper dig med framöver?**

---



---



---



---



---



---

**Min/mina viktigaste närstående samt vård- och stödkontakter**

idag är:

<u>Namn</u>	<u>Relation</u>	<u>Tel</u>	Får kontaktas
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
_____			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Mitt namn: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Behjälplig vid ifyllande av denna förfrågan: \_\_\_\_\_

Dagens datum: \_\_\_\_\_

**Skicka förfrågan till:**

CM  
Individ- och familjeomsorgen  
Högsby kommun  
579 80 Högsby