**Til Center for Specialundervisning for Voksne**

Borger eller jobcenter anmoder hermed om en udredende samtale med henblik på afprøvning af hjælpemidler og/eller instruktion i brug af hjælpemidler

**Borger har følgende vanskeligheder/ henvisningsårsag**

|  |
| --- |
|  |

**Borgers data:**

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| CPR-nr. |  |
| Adresse, postnr. og by |  |
| Telefonnummer |  |
| E-mail |  |

**Borger giver hermed samtykke til, at borgers journaloplysninger må udveksles mellem CSV og nedenfor nævnte samarbejds­partner (også ved endt forløb (sæt X):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Navn, adresse m.v. (evt. stempel)** | | |
|  | Praktiserende læge |  |
|  | Prakt. speciallæge |  |
| X | Jobcenter |  |
|  | Andet (anden aktør) |  |

**Borgers arbejdsmæssig status (sæt X):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | I arbejde (alm. Job) |  | I praktik |
|  | I ressourceforløb |  | I Flex-job |

**Behov for kørsel: (sæt X):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ingen kørsel |
|  | Kørsel uden kørestol |
|  | Kørsel med kørestol |

**Sagsbehandler:**

|  |  |
| --- | --- |
| Afd. navn |  |
| Afd. telefonnummer |  |

**Andre kontaktpersoner (f.eks. pårørende, mentor, el.lign.):**

|  |  |
| --- | --- |
| Afd. navn |  |
| Afd. telefonnummer |  |
| E-mail |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato Underskrift

Tilladelsen gælder 1 år fra dato.

Den udfyldte henvisning/samtykkeerklæring kan sendes via **sikker mail** til: csv.undervisning@kk.dk

OBS: Husk borgers underskrift!