** Savonlinnan kaupunki, Työllisyyspalvelut**

**Kuntouttava työtoiminta asiakkaan tavoitehaastattelu \_\_\_\_ /\_\_\_\_2016**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASIAKKAAN TIEDOT JA KUVAUS TYÖTOIMINNASTA** | | | | | | |
| **Sukunimi** | **Etunimi** | | | **Henkilötunnus** | | **Puhelin** |
| **Kuntouttavan työtoiminnan kesto** | | **Työaika (päivää/viikko)** | | | **Työaika (tuntia/päivä)** | |
| **TYP:n palveluohjaaja ja puhelin numero** | | | | | | |
| **Työtoiminnan järjestäjä, työtoimintapaikka, vastuuohjaaja ja puhelinnumero** | | | | | | |
| **Koulutus ja työkokemus (ammatillinen koulutus, kurssit, hygieniapassi ym.)** | | | | | | |
| **Millaiseksi koet oman tilanteesi työllistymistä ajatellen? Vahvuutesi työntekijänä? Mahdolliset esteet työllistymisellesi? Miten muuten luonnehtisit itseäsi, vahvuuksiasi, luonteenpiirteitäsi, miten itseäsi kehittäisit?** | | | | | | |
| **Harrastuksesi (mielenkiinnon kohteet)?** | | | | | | |
| **Sosiaali- ja terveyspalvelut (mitä palveluja on, onko tarve joihinkin palveluihin esim. terveystarkastuksen ja päihdepalvelujen tarve jne.)** | | | | | | |
| **Työtoiminnan tavoitteet ja tehtävät vähintään 3 kk jaksolle, muita työelämään kuntoutumisen tavoitteita (päivärytmi, työelämän pelisäännöt jne.)** | | | | | | |
| **TOIMINTASUUNNITELMA (keinot ja menetelmät tavoitteisiin pääsemiseksi)** | | | | | | |
| **Tavoitteesi koulutuksen ja työllistymisen suhteen** | | | | | | |
| **PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET** | | | | | | |
| **Paikka ja aika** | | | **Asiakkaan allekirjoitus** | | | |
| **Paikka ja aika** | | | **Lähettävä taho allekirjoitus** | | | |
| **Paikka ja aika** | | | **Työtoimintapaikan allekirjoitus** | | | |

**TAVOITTEIDEN ja SUUNNITELMIEN PÄIVITYS 3 KK VÄLEIN – TUOLLOIN TÄRKEÄÄ ASIAKKAAN OMA ARVIO KULUNEEN JAKSON TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISESTA JA UUDEN JAKSON TAVOITTEIDEN ASETTELUSSA!**

**Lomake täytettävä kahden viikon kuluessa kuntouttavan työtoiminnan aloittamisesta. Esitäyttö tehdään TYPissä asiakkaan tullessa sopimaan kuntouttavasta työtoiminnasta. Toimipaikalla lomaketta täytettäessä voidaan olla puhelimitse yhteydessä TYPpiin (ei edellytetä ”kolmikannan” fyysistä paikalla olemista). Säilytetään toimipaikassa asiakkuuden ajan lukollisessa kaapissa. Asiakkuuden päätyttyä lomakkeet tuhotaan.**

****

**Savonlinnan kaupunki, Työllisyyspalvelut**

**Kuntouttava työtoiminta asiakkaan tavoitehaastattelu \_\_\_\_ /\_\_\_\_2016**

**OHJEET TOIMIPAIKALLE (”vihjekysymyksiä”)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ASIAKKAAN TIEDOT JA KUVAUS TYÖTOIMINNASTA** | | | | | | |
| **Sukunimi** | **Etunimi** | | | **Henkilötunnus** | | **Puhelin** |
| **Kuntouttavan työtoiminnan kesto** | | **Työaika (päivää/viikko)** | | | **Työaika (tuntia/päivä)** | |
| **Työtoiminnan järjestäjä ja työtoimintapaikka** | | | | | | |
| **Koulutus ja työkokemus (ammatillinen koulutus, kurssit, hygieniapassi ym.)**  ***Asiakkaan aikaisempi koulutus ja työhistoria?*** | | | | | | |
| **Millaiseksi koet oman tilanteesi työllistymistä ajatellen? Vahvuutesi työntekijänä? Mahdolliset esteet työllistymisellesi? Miten muuten luonnehtisit itseäsi, vahvuuksiasi, luonteenpiirteitäsi, miten itseäsi kehittäisit?**  ***Aikaisemmat hyvät työkokemukset? Missä on hyvä, mitä osaa parhaiten? Minkälaisessa työssä olet hyvä?***  ***Työllistymisen esteet? Terveys (mahd. sairaudet jotka toimipaikan hyvä tietää), sopivien työpaikkojen puute, päihdeongelma, ulosottovelka, muu este?***  ***Vahvuudet ensin ja korostetaan niitä, kehittämiskohteet?*** | | | | | | |
| **Harrastukset (mielenkiinnon kohteet)?** | | | | | | |
| **Sosiaali- ja terveyspalvelut (mitä palveluja on, onko tarve joihinkin palveluihin esim. terveystarkastuksen ja päihdepalvelujen tarve jne.)**  ***Asiakkaan palvelut, joissa käy (tai joita saa) työtoiminnan aikana?*** | | | | | | |
| **Työtoiminnan tavoitteet ja tehtävät vähintään 3 kk jaksolle, muita työelämään kuntoutumisen tavoitteita (päivärytmi, työelämän pelisäännöt jne.)**  ***MITÄ?*** | | | | | | |
| **TOIMINTASUUNNITELMA (keinot ja menetelmät tavoitteisiin pääsemiseksi)**  ***MITEN päästään tavoitteisiin? Mikä on asiakkaan vastuu tavoitteiden toteutumisessa, mikä on toimipaikan vastuu?***  ***Ryhmätoiminnan tarve?*** | | | | | | |
| **Tavoitteesi koulutuksen ja työllistymisen suhteen**  ***MISSÄ asiakas näkee itsensä 2 vuoden päästä? Nuorten kohdalla voi kysyä missä näkee itsensä 5 vuoden päästä?*** | | | | | | |
| **PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET** | | | | | | |
| **Paikka ja aika** | | | **Asiakkaan allekirjoitus** | | | |
| **Paikka ja aika** | | | **Lähettävä taho allekirjoitus** | | | |
| **Paikka ja aika** | | | **Työtoimintapaikan allekirjoitus** | | | |

**TAVOITTEIDEN ja SUUNNITELMIEN PÄIVITYS 3 KK VÄLEIN – TUOLLOIN TÄRKEÄÄ ASIAKKAAN OMA ARVIO KULUNEEN JAKSON TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISESTA JA UUDEN JAKSON TAVOITTEIDEN ASETTELUSSA!**

**Lomake täytettävä kahden viikon kuluessa kuntouttavan työtoiminnan aloittamisesta. Esitäyttö tehdään TYPissä asiakkaan tullessa sopimaan kuntouttavasta työtoiminnasta. Toimipaikalla lomaketta täytettäessä voidaan olla puhelimitse yhteydessä TYPpiin (ei edellytetä ”kolmikannan” fyysistä paikalla olemista).**