## Ansökan till Samordningsförbundet Insjöriket

Insatser finansierade av förbundet vänder sig till dig som är i behov av stöd från flera myndigheter för att nå arbete eller studier till någon del inom ett år. Vill du få mer information innan du fyller i remissen, kontakta:

Annette Heinemann: 010-4860375, E-post: Annette.heinemann@arbetsformedlingen.se

På [www.sofinsjoriket.se](http://www.sofinsjoriket.se) under “ansökan” kan du läsa om vad som händer vid första mötet.

Information om hantering av personuppgifter finns på vår hemsida via länken: <https://www.sofinsjoriket.se/om-oss/behandling-av-personuppgifter/>

**Ansökan skickas till**:

Arbetsförmedlingen Mölndal
Att Samordningsförbundet Insjöriket
Box 4
431 21 Mölndal

**Kriterier som ska vara uppfyllda**Insatsen är frivillig och bygger på ett aktivt deltagande

* du är i ålder 18 – 64 år
* du är folkbokförd i någon av kommunerna Mölndal, Partille, Härryda, Lerum eller Alingsås
* du är arbetslös eller anställd på en arbetsplats där rehabiliteringsmöjligheterna är uttömda
* du är i behov av stöd från flera myndigheter
* du är i behov av arbetslivsinriktad rehabilitering, det vill säga att arbete eller studier är ditt långsiktiga mål
* du har avsikt och förmåga att delta/närvara på möten och att kommunicera med oss via telefon, sms eller mail
* du har i den mån det är möjligt etablerat nödvändiga vårdkontakter
* Att du har en ordnad bostad
* det finns inget aktivt missbruk som påverkar rehabprocessen

**Du som myndighetskontakt bör ser till att:**

* ovanstående punkter för sökande ska vara uppfyllda
* myndighetens egna resurser ska vara uttömda eller bedöms som otillräckliga
* insatser som sökande har behov av (vårdkontakter, utredningar, andra myndighetskontakter) ska vara initierade
* sökande har informerats om aktuella insatser och vad en eventuell remiss innebär för den sökande
* Vara tillgänglig för avstämningar och informationsutbyte under perioden individen tar del av insats inom förbundet. Du som myndighetskontakt är ”ägande” av ärendet.
* sökande är informerad om att insatsen är frivillig och bygger på ett aktivt deltagande

Observera att deltagarna inte täcks av en olycksfallsförsäkring ifall de gör arbetsträning på en arbetsplats som inte ägs av våra parter. Men i vissa arbetsträningar samverkar vi med någon annan myndighet som kan besluta om att en olycksfallsförsäkring blir gällande.

**PERSONUPPGIFTER**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn och förnamn: | Personnummer: |
| Adress: |
| Postnummer och ort: |
| Telefonnummer: |
| E-postadress:  |

**För individ med skyddade personuppgifter kryssa här □**

**OBS! Har individen skyddat identitet fyller ni inte i några personuppgifter. Fyll i initiativtagares personuppgifter och avidentifierad information om individen. Individen skriver under samtycket men du som initiativtagare behåller det. kontakta oss gärna på telefon för mer info.**

 **INITIATIVTAGARE/MYNDIGHET/ANNAN**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefonnummer: |
| Myndighet (om ej egenremiss): |
| E-postadress: |

**FÖRSÖRJNING**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktivitetsersättning fr.o.m-t.o.m | Sjukpenning fr.o.m-t.o.m | Sjukersättning fr.o.m (ange grad) |
| aktivitetsstöd fr.o.m | försörjningsstöd fr.o.m | A-kassa fr.o.m  |
| annat (ex. försörjd av föräldrar, arv, studiebidrag) |  |  |

**BIFOGA DET SENASTE MEDICINSKA UNDERLAGET OCH ANDRA UTREDNINGAR SOM ÄR AV BETYDELSE FÖR DEN ARBETSFÖRBEREDANDE/ARBETSLIVSINRIKTADE REHABILITERINGEN**

ANGE BIFOGADE BILAGOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AKTUELLT HÄLSOTILLSTÅND/DIAGNOS:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HAR DU TIDIGARE DELTAGIT I NÅGON AV INSATSERNA HOS OSS ELLER INSATSER HOS ANNAT FÖRBUND?**

**(OM JA, KRYSSA FÖR DEN INSATSEN SOM VARIT AKTUELL)**

 INDIVIDSAMVERKANSTEAMET, åR: \_\_\_\_ BALDER, åR: \_\_\_\_\_

 ANNAT, åR: \_\_\_\_\_ VILKEN? ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HAR DU TIDIGARE FÅTT REHABILITERANDE INSATSER FRÅN NÅGON ANNAN AKTÖR/MYNDIGHET?**

 VÅRDEN FÖRSÄKRINGSKASSAN ARBETSFÖRMEDLINGEN

 KOMMUNEN ÖVRIG/ANNAN AKTÖR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTPERSON VÅRDEN (PSYKIATRI, VÅRDCENTRAL ELLER ANNAN):**

NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MOTTAGNING: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTPERSON KOMMUN/SOCIALTJÄNST:**

NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ENHET: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTPERSON ARBETSFÖRMEDLINGEN:**

NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTPERSON FÖRSÄKRINGSKASSAN:**

NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTUPPGIFTER BOENDESTÖD:**NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**KONTAKTUPPGIFTER GOD MAN/FÖRVALTARE:**NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ÖVRIGA KONTAKTER:**NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-POST: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NUVARANDE AKTIVITET/SYSSELSÄTTNING:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ARBETSLIVSERFARENHET: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**UTBILDNING:**

 GRUNDSKOLA GYMNASIUM HÖGSKOLA ANTAL ÅR: \_\_\_\_\_

 ANNAN EFTERGYMNASIAL UTBILDNING ANTAL ÅR: \_\_\_\_\_

**VAD ÄR VIKTIGAST FÖR DIG SOM SÖKANDE ATT FÅ STÖD OCH HJÄLP MED I DEN ARBETSFÖRBEREDANDE/ARBETSLIVSINRIKTADE REHABILITERING?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VAD ANSER DU SOM REMITTENT ATT DET VIKTIGASTE SYFTET ÄR MED ARBETSFÖRBEREDANDE/ARBETSLIVSINRIKTADE REHABILITERING FÖR DEN SÖKANDE?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VILKA AKTIVITETER KAN DU SOM SÖKER TILL OSS GÖRA, UNDER EN EV. KÖTID, FÖR ATT NÄRMA DIG ARBETE ELLER STUDIER/FÅ BÄTTRE HÄLSA/ÖKA DIN AKTIVITETSFÖRMÅGA?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VILKA AKTIVITETER KAN DU SOM REMITTENT BISTÅ MED UNDER EN EV. KÖTID FÖR ATT DEN SÖKANDE SKA KUNNA NÄRMA SIG ARBETE ELLER STUDIER/FÅ BÄTTRE HÄLSA/ÖKA AKTIVITET?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## SAMTYCKE TILL INFORMATIONSUTBYTE

Jag samtycker till att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och mina vårdkontakter samverkar kring mina behov. Jag medger därför att representanter för dessa organisationer får utbyta information om mig och ta del av dokument och journalhandlingar utan hinder av sekretess.

Samtycket gäller endast information som behövs för att de samverkande myndigheterna/aktörerna ska kunna hjälpa mig i min arbetslivsinriktade rehabilitering. Samtycket gäller under tiden jag är aktuell hos en verksamhet finansierad av Samordningsförbundet Insjöriket.

Jag kan när som helst återkalla detta samtycke. Det innebär att ytterligare uppgifter om mig därefter inte får behandlas. Uppgifter som redan samlats in får dock behandlas, men alltså inte kompletteras eller uppdateras.

Information om hantering av personuppgifter finns på vår hemsida via länken: <https://www.sofinsjoriket.se/om-oss/behandling-av-personuppgifter/>

 **MEDGIVANDE OM SEKRETSSLÄTTNAD GENOM UNDERSKRIFT AV DIG SOM SÖKANDE**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **UNDERSKRIFT AV INITIATIVTAGARE/MYNDIGHETSPERSONAL/ANHÖRIG**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verksamhet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_