

Intresseanmälan avser

För-och efternamn											
Adress	Personnummer										
Telefonnummer	E-postadress										
<p>För individ med skyddade personuppgifter kryssa här <input type="checkbox"/></p> <p>Obs! Om individen har skyddad 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.</p>											
<p>Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/></p>											
<p>Har du tagit del av någon av samordningsförbundets insatser tidigare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Om ja, vilken och när:</p>											
<p>Tolkbehov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, språk:</p>											
<p>Aktuell försörjning (kryssa i vad som gäller för dig):</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sjukpenning/rehabpenning %__</td> <td><input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A-kassa %__</td> <td><input type="checkbox"/> Annan offentlig försörjning %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Studiestöd/studiemedel %__</td> <td><input type="checkbox"/> Sjukersättning %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning %__</td> <td><input type="checkbox"/> Försörjningsstöd %__</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning %__</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Sjukpenning/rehabpenning %__	<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd %__	<input type="checkbox"/> A-kassa %__	<input type="checkbox"/> Annan offentlig försörjning %__	<input type="checkbox"/> Studiestöd/studiemedel %__	<input type="checkbox"/> Sjukersättning %__	<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning %__	<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd %__	<input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning %__	
<input type="checkbox"/> Sjukpenning/rehabpenning %__	<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd %__										
<input type="checkbox"/> A-kassa %__	<input type="checkbox"/> Annan offentlig försörjning %__										
<input type="checkbox"/> Studiestöd/studiemedel %__	<input type="checkbox"/> Sjukersättning %__										
<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning %__	<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd %__										
<input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning %__											
<p>Aktuellt nätverk samt namn på kontaktperson (kryssa i vad som gäller för dig)</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> Försäkringskassan, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> Socialtjänsten, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> LSS, namn på handläggare:</p> <p><input type="checkbox"/> Boendestöd, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Personligt ombud, namn:</p> <p><input type="checkbox"/> Vårdcentral, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Psykiatrimottagning, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Beroendemottagning, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Frivården, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Ungdomsmottagning, namn på kontaktperson:</p> <p><input type="checkbox"/> Övrig sjukvård:</p> <p><input type="checkbox"/> Annan:</p>											

Gymnasieskolan (namn)

Det här behöver jag (besvaras av den person som remissen handlar om):

Här nedanför ser du kortfattade exempel på saker som Samordningsförbundet kan hjälpa dig med. Sätt kryss i rutan vid det som du har behov av just nu.

- Vägledning**
Hur kan min framtid se ut? Vad ska jag jobba med? Behöver jag utbilda mig?
- Arbetsträning**
Jag behöver prova att arbeta för att se vad jag klarar av, hur mycket klarar jag av, och vad är intressant.
- Söka utbildning**
Jag vet vad jag vill utbilda mig till men jag vet inte var eller hur jag söker en sådan utbildning.
- Studiebesök**
Jag är nyfiken på ett jobb eller en arbetsplats och jag skulle vilja gå dit och se hur det är.
- Förbättra fysisk förmåga ***
Jag behöver röra på mig mer, ha mindre ont i kroppen, få bättre kondition.
- Hjälp att hantera stress och oro ***
Jag blir ofta stressad, blir orolig och ibland får jag även ångest.
- Stöttning i att planera, strukturera och skapa rutin i min vardag**
Jag behöver bli bättre på planering och att göra det som jag behöver göra.
- En planering för alla mina myndighetskontakter**
Jag har många olika kontakter bland myndigheter och vårdkontakter, och det är svårt att hantera själv.
- Annat behov (skriv)**

*NOT: ACTivera ger inga behandlingar men kan leda dig till rätt vårdgivare

Finns det något som vi behöver känna till om dig som kan påverka ditt deltagande?



Handläggare/vårdkontakt/vårdnadshavare som anmäler tillsammans med mig:

Namn:	Telefon:
E-postadress:	
Myndighet/organisation:	
Är du handläggare på försörjande myndighet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om svar nej, var god kontakta handläggare på försörjande myndighet innan intresseanmälan görs samt ange kontaktuppgifter här:	

Den som ansökan gäller

Underskrift: (jag som anmäler mig)	Underskrift: Anmälande samverkanspart, (Alternativt också vårdnadshavare för dig under 18 år)
------------------------------------	---

OBS! Glöm inte skriva under och bifoga samtycke om informationsutbyte på nästa sida



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 sekretesslättnad genom underskrift:

Datum:

Underskrift:

Namnförtydligande:

Intresseanmälan skickas till:
Arbetsmarknadsenheten
Härryda kommun
Rådastocksvägen 1
435 44 Mölnlycke