# Intresseanmälan Finsam Vuxna

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

Finsam Vuxna vänder sig till dig som är motiverad till att börja arbeta eller studera, men som utifrån psykisk ohälsa eller andra liknande svårigheter har behov av samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering.

* Du är mellan 18 - 66 år och bosatt i Göteborg
* Du saknar anställning och har inte A-kassa
* Du har behov av stöd från minst två av myndigheterna: Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunen eller sjukvården
* Du är motiverad och vill börja arbeta eller studera

Är Finsam Vuxna rätt insats för dig?

* Gå igenom checklistan som finns på vår hemsida
* För mer information se vår hemsida: [www.finsamgoteborg.se/vuxna](http://www.finsamgoteborg.se/vuxna)

Det är **viktigt** att du gör intresseanmälan tillsammans med din handläggare/vårdkontakt.

**Fyll gärna i intresseanmälan digitalt eller texta tydligt. Skicka per post.**

Intresseanmälan avser

|  |  |
| --- | --- |
| För-och efternamn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och ort |
| Telefon | E-postadress |
| Tolkbehov: Nej Ja |  |
| Aktuell försörjning (kryssa i vad som gäller för dig):  Aktivitetsstöd  Aktivitetsersättning  Sjukersättning, omfattning \_\_\_\_\_\_%  Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Försörjningsstöd  Sjukpenning, omfattning\_\_\_\_\_%  Ingen offentlig försörjning/saknar inkomst |
| Mina myndighets- och sjukvårdskontakter:   * Arbetsförmedlingen * Försäkringskassan * Socialtjänst, försörjningsstöd * Socialtjänst, vuxenenheten * Funktionsstöd/LSS * Funktionsstöd/boendestöd * Personligt ombud * Vårdcentralen * Psykiatrimottagning * Beroendemottagning * Övrig sjukvård: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Frivården * Annan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

Jag är arbetslös och saknar anställning Ja Nej

Jag har en beroendeproblematik Ja Nej

Vid ja: Jag får professionellt stöd för att hantera denna Ja Nej

Jag har en psykisk ohälsa som kan påverka mig i ett arbete Ja Nej

Jag vill börja arbeta eller studera Ja Nej

Jag behöver stöd för att påbörja arbete eller studier Ja Nej

Vad behöver du hjälp med från Finsam Vuxna?

## 

Beskriv kortfattat vad du tidigare fått för insatser för att närma dig arbete/studier?

## 

Jag har anmält mig till fler insatser inom Finsam Göteborg: Ja Nej

Om ja, vilka?­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jag har pågående kontakt med en annan insats inom Finsam Göteborg: Ja Nej

Om ja, ange insats och kontaktperson?­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Handläggare/vårdkontakt som anmäler tillsammans med mig

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: | |
| Samverkanspart:  Är du handläggare på försörjande myndighet? Ja Nej  ***Om svar nej, var god kontakta handläggare på försörjande myndighet innan intresseanmälan görs samt ange kontaktuppgifter här nedan.*** | |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: | |
| Dagens datum: | |

# Intresseanmälan och samtycke skickas via post till ett önskat område

# Märk kuvertet med: Finsam Göteborg/Vuxna

**Hisingen:** Vågmästaregatan 1D, 417 03 Göteborg

**Sydväst:** Järnbrotts Prästväg 2, 421 47 Västra Frölunda

**Centrum:** Första Långgatan 7, 413 27 Göteborg

**Nordost:** Rullagergatan 6A, 415 26 Göteborg

**Intresseanmälan kan endast behandlas om signerat samtycke finns bifogat.**

Samtycke för informationsutbyte mellan myndigheter inom Finsam Göteborg

Verksamheterna inom Finsam Göteborg bygger på samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Göteborgsstad och Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård. Samtycket gäller endast information som behövs för att de samverkande myndigheterna ska kunna hjälpa mig i min samordnade arbetslivsinriktade rehabilitering. Samtycket gäller under tiden jag är aktuell hos Finsam Göteborg.

Jag samtycker till att representanter för dessa organisationer får utbyta information om mig och ta del av dokument och journalhandlingar utan hinder av sekretess.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort och datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Namnförtydligande

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefonnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Personnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Samtycket omfattar även