# Intresseanmälan Hälsoutvecklare

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

# Hälsoutvecklaren erbjuder dig individuellt anpassat stöd och aktiviteter i upp till sex månader. Målet är att du ska stärka hälsan och förmågan att börja arbeta eller studera. Din planering med hälsoutvecklare kan med fördel kombineras med andra arbetslivsinriktade insatser.

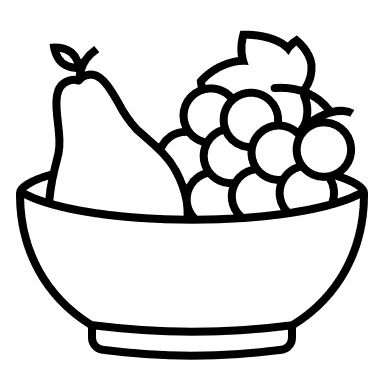
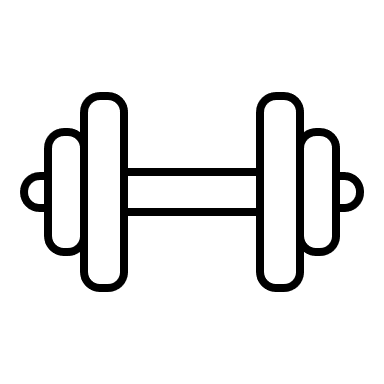
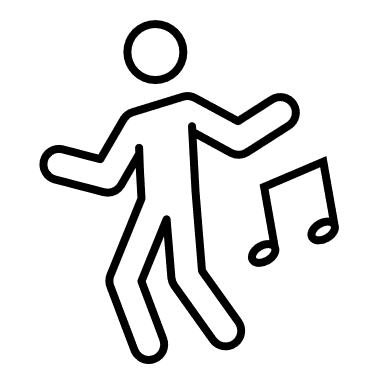
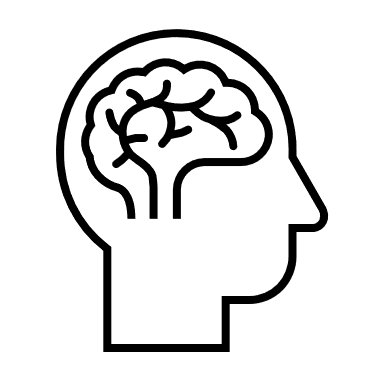
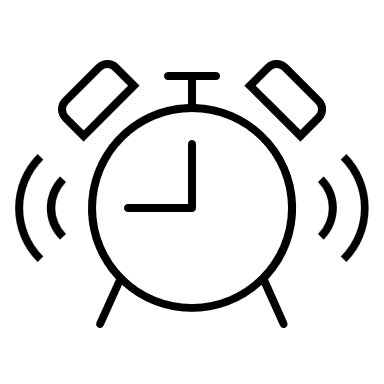
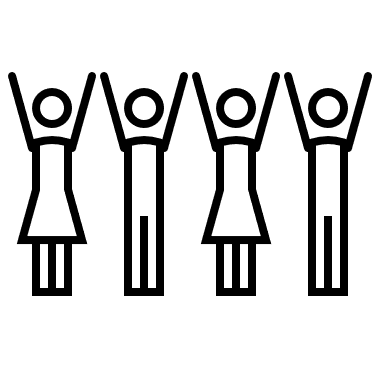
## Intresseanmälan avser

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| För-och efternamn | | |  |
| Postadress: | Postnummer: | | |
| Telefonnummer: | E-postadress: | | |
| Jag föredrar att bli kontaktad via:   * Telefonsamtal SMS | | | E-post |
| Tolkbehov: Anmälande part ansvarar för bokning och finansiering av tolk   * Nej   . | | | * Ja, språk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Aktuell försörjning   * Aktivitetsstöd * Aktivitetsersättning * Sjukersättning | | | * Försörjningsstöd * Sjukpenning * Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Jag har anmält mig till fler insatser hos Finsam Göteborg   * Nej * Finsam Vuxna * Finsam Unga Vuxna | | * Individsamverkansteam * Gränsgångare * Aktiv | | |
| Jag har en pågående planering mot arbete eller studier?   * Nej * Ja   Om Ja, skriv kort om planeringen: | | | |
| * Jag har som mål att börja arbeta, studera eller praktisera | | | |
| * Jag är införstådd med att medverkan i insatsen innebär planering med regelbundna aktiviteter 1–2 gånger per vecka | | | |

## Beskriv hur din nuvarande hälsa påverkar din förmåga att arbeta eller studera:

Tidigare erfarenheter av utbildning, arbete, praktik eller annat arbetsrelaterat som är bra för oss att känna till:

Levnadsvanor/aktiviteter som du vill arbeta med/förändra

*  Fysisk aktivitet/träning
*  Kost/matvanor
*  Stress/återhämtning
*  Sömn
* Sociala aktiviteter
* Annat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Namn: | | Telefon: |
| E-postadress: | | |
| Kontaktperson på försörjande myndighet: | | |
| E-postadress: | | Telefon: |
| Dagens datum: |  | |
| Intresseanmälan och samtycke skickas via post till ett önskat område.Märk kuvertet med Finsam Göteborg/Hälsoutvecklare. Intresseanmälan kan endast behandlas om signerat samtycke finns bifogat. | HisingenVågmästaregatan 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 | |

Anmälande part - jag som intresseanmäler ovanstående person

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