# Intresseanmälan Finsam Unga Vuxna

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

# *Vi arbetar utifrån mänskliga rättigheter och att alla har rätt till utbildning och arbete*.

Är du motiverad till att börja arbeta eller studera?

* Vi vänder oss till dig som har en psykisk ohälsa med behov av samordnat stöd för att börja arbeta eller studera.
* Du är mellan 16–29 år och bor i Göteborgs Stad.
* Vi erbjuder stöd till arbete och studier i upp till 1 år.

## Intresseanmälan avser

|  |  |
| --- | --- |
| För-och efternamn |  |
| Adress | Personnummer |
| Telefonnummer | E-postadress |
| Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal | SMS E--post |
| Tolkbehov: Nej Ja | Om Ja, språk: |
| Aktuell försörjning (kryssa i vad som gäller för dig):  Aktivitetsstöd  Aktivitetsersättning  Ingen offentlig försörjning  Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Försörjningsstöd  Sjukpenning |
| Aktuellt nätverk (kryssa i vad som gäller för dig):   * Arbetsförmedlingen * Försäkringskassan * Socialtjänsten * LSS * Boendestöd * Personligt ombud * Vårdcentralen * Psykiatrimottagning * Beroendemottagning * Övrig sjukvård: ………………………... * Frivården * Annan: ……………………………………. |  |

Jag är motiverad till att börja arbeta eller studera. Ja Nej

Jag behöver stöd för att påbörja eller närma mig arbete eller studier. Ja Nej

Jag har en psykisk ohälsa som kan påverka mig i arbete eller studier. Ja Nej

Jag har en beroendeproblematik. Ja Nej

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

Varför vill jag börja arbeta eller studera just nu?

## 

|  |
| --- |
| 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. | |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: | |
| Dagens datum: | |
| Underskrift (jag som anmäler mig) | Underskrift (anmälande samverkanspart) |
|  |  |

Samtycke för informationsutbyte mellan myndigheter inom Finsam Göteborg

Verksamheterna inom Finsam Göteborg bygger på samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Göteborgs stad 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

# Intresseanmälan och samtycke skickas via post till ett av våra kontor.

Märk kuvertet Finsam Göteborg, Unga Vuxna.

**Hisingen,** Finsam Göteborg, Unga Vuxna, Vågmästaregatan 1D, 417 03 Göteborg

**Nordost**, Finsam Göteborg, Unga Vuxna, Rullagergatan 6A, 415 26 Göteborg

**Centrum,** Finsam Göteborg, Unga Vuxna**,** Första Långgatan 7, 413 27 Göteborg

**Sydväst,** Finsam Göteborg, Unga Vuxna, Järnbrotts Prästväg 2, 421 47 Västra Frölunda

Intresseanmälan kan endast behandlas om signerat samtycke finns bifogat.

Finsa