# Intresseanmälan Finsam Vuxna

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

Finsam Vuxna är till för dig som bor i Göteborg och har behov av samordnat stöd för att börja arbeta eller studera.Du och din Arbetsspecialist påbörjar din planering mot arbete eller studier direkt från start och stöd erbjuds under ett år.

##  Intresseanmälan avser

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

Jag vill 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

Om Ja: Jag får professionellt stöd för att hantera denna Ja Nej

Jag har en anställning Ja Nej

Varför vill jag börja arbeta eller studera just nu?

##

## Jag som intresseanmäler ovanstående person

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: |  |
| Samverkanspart: |  |
| 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** Nordhemsgatan 12, 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