# Intresseanmälan Finsam Vuxna

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

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

**Vill du börja arbeta eller studera?**

Finsam Vuxna vänder sig till dig vill börja arbeta eller studera, men som på grund psykisk ohälsa eller andra liknande svårigheter har behov av samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering.

* Du är mellan 30–64 år, bosatt i Göteborg och saknar anställning
* Du har behov av stöd från minst två av myndigheterna: Arbetsförmedling Försäkringskassan, kommunen eller sjukvården för att börja arbeta eller studera

Innan du bestämmer dig för att göra en intresseansökan önskar vi att du ha tagit del av information om Finsam Vuxna och funderat över om insatsen passar dig. Kom gärna på något av våra informationsmöten. Mer information hittar du på vår hemsida: <https://finsamgoteborg.se/>

Jag som anmäler mig

|  |  |
| --- | --- |
| För-och efternamn |  |
| Adress | Personnummer |
| Telefonnummer | E-postadress |
| Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal | SMS E--post |
| Tolkbehov: Nej Ja  Anmälande part ansvarar för bokning och finansiering av tolk. | Om Ja, språk: |
| 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 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 ett arbete. Ja Nej

Jag är arbetslös och har ingen anställning. Ja Nej

Jag har en beroendeproblematik. Ja Nej

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

Är det mer som du vill att vi ska känna till om dig?

## 

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

Om Ja, ange 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: | |
| Underskrift (jag som anmäler mig) | Underskrift (anmälande samverkanspart) |

# 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