# Intresseanmälan Hälsoutvecklare

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

# Hälsoutvecklaren erbjuder dig individuellt anpassat stöd och aktiviteter under tre till sex månader. Målet är att du ska bli stärkt i förmågan att börja arbeta eller studera.

## Intresseanmälan avser

|  |  |
| --- | --- |
| För-och efternamn |  |
| Bostadsområde eller postnummer |  |
| Telefonnummer: | E-postadress: |
| Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal | SMS E--post |
| Tolkbehov: Ja Nej  Anmälande part ansvarar för bokning och finansiering av tolk. | Om Ja, språk: |
| Aktuell försörjning:  Aktivitetsstöd  Aktivitetsersättning  Sjukersättning  Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Försörjningsstöd  Sjukpenning |
| Jag har anmält mig till fler insatser inom Finsam Göteborg  Om Ja, vilka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Ja Nej |

## 

* Jag har som mål att börja arbeta, studera eller praktisera
* Jag behöver stöd för att påbörja eller närma mig arbete eller studier

Beskriv kortfattat hur din hälsoproblematik påverkar din förmåga att arbeta eller studera

Erfarenhet av sysselsättning (Berätta kortfattat om eventuell utbildning och arbetslivserfarenhet)

Pågående eller tidigare arbetsrehabiliterande insatser

Syfte, mål och förväntan på insatsen?

## Jag som intresseanmäler ovanstående person

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: |  |
| Samverkanspart: |  |
| Dagens datum: |  |

# Intresseanmälan och samtycke skickas via post

Finsam Göteborg

Hälsa och Aktivitet

Första långgatan 19

413 27 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