# 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  |  |
| Postadress: | Postnummer: |
| Telefonnummer: | E-postadress: |
| Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal |  SMS E--post |
| Tolkbehov: Ja NejAnmälande part ansvarar för bokning och finansiering av tolk.  | Om Ja, språk:  |
| Aktuell försörjning: Aktivitetsstöd Aktivitetsersättning SjukersättningAnnat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Försörjningsstöd Sjukpenning  |
| Jag har anmält mig till fler insatser inom Finsam GöteborgOm 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 hur din nuvarande hälsa påverkar din förmåga att arbeta eller studera

Beskriv dina tidigare erfarenheter (utbildning, arbete, praktik eller annat)

Pågående eller tidigare arbetsrehabiliterande insatser

Beskriv dina önskemål och förväntningar på ditt deltagande i insatsen

##  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** Första Långgatan 7, 413 27 Göteborg **Nordost** Rullagergatan 6A, 415 26 GöteborgIntresseanmälan kan endast behandlas om signerat samtycke finns bifogat.  |  |
| 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 |

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