# Intresseanmälan Hälsoutvecklare

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

# Hälsoutvecklaren erbjuder dig individuellt anpassat stöd och aktiviteter i upp 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 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 |

## 

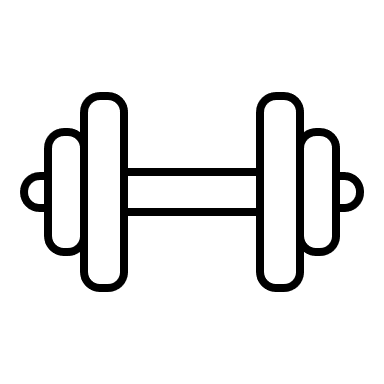
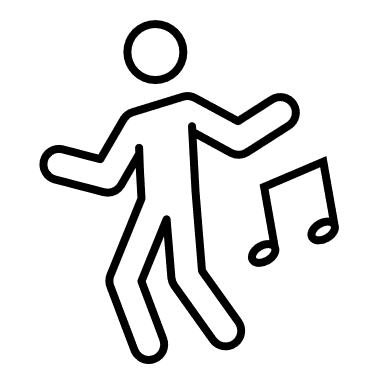
* Jag har som mål att börja arbeta, studera eller praktisera
* Jag är redo att komma i gång med planering med regelbundna aktiviteter 1–2 gånger per vecka

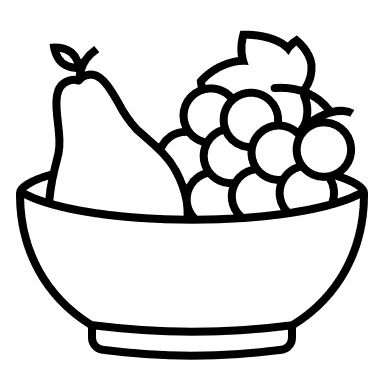
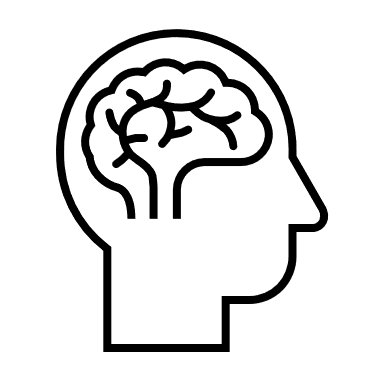
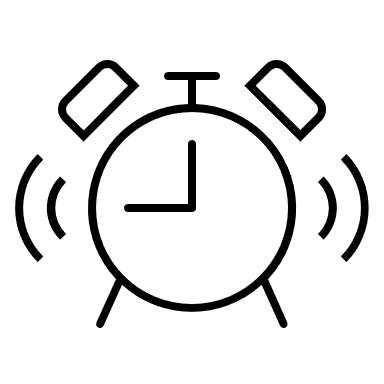
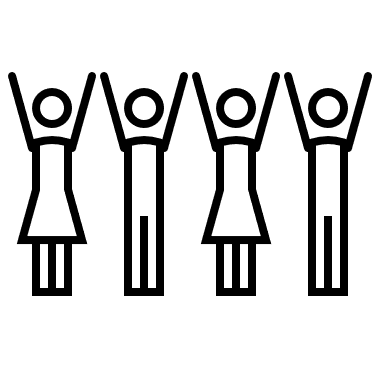
Varför vill jag medverka i denna insats just nu?

Mina tidigare erfarenheter av utbildning, arbete, praktik eller annat arbetsrelaterat

Mina pågående eller tidigare arbetsrehabiliterande insatser

Levnadsvanor/aktiviteter som jag vill arbeta med/förändra



* Fysisk aktivitet/träning
* Kost/matvanor
* Stress/återhämtning
* Sömn
* Sociala aktiviteter
* Annat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Jag som intresseanmäler ovanstående person

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: |  |
| Samverkanspart: | |
| Kontaktperson försörjande myndighet: | |
| Dagens datum: Intresseanmälan och samtycke skickas via post till ett önskat områdeMärk 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. |  |

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

# 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.

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