# Intresseanmälan Aktiv

# Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

# Aktiv erbjuder dig individuellt anpassat träningsprogram med regelbunden individuell uppföljning och stöd i 12 veckor. Målet är att du ska öka arbetsförmågan genom att stärka din psykiska och fysiska hälsa.

#

##  Intresseanmälan avser

|  |  |
| --- | --- |
| För-och efternamn  |  |
| Postadress:  |
| Telefonnummer: | E-postadress: |
| Jag föredrar att bli kontaktad via: * Telefonsamtal SMS
 |  E-post |
| Tolkbehov: Anmälande part ansvarar för bokning och finansiering av tolk* Nej
* Ja, språk: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.  |  |
| Aktuell försörjning: * Aktivitetsstöd
* Aktivitetsersättning
* Sjukersättning
 | * Försörjningsstöd
* Sjukpenning
* Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Jag har anmält mig till fler insatser hos Finsam Göteborg* Nej
* Finsam Vuxna
* Finsam Unga Vuxna
* Insatsen är pågående just nu
* Jag står i kö till insatsen
 |  * Individsamverkansteam
* Gränsgångare
* Hälsoutvecklare
 |
| Har du någon annan pågående planering mot arbete eller studier?* Nej
* Ja

Om Ja, vänligen berätta kort om planeringen: |
| * Jag har som mål att börja arbeta, studera eller praktisera
* Jag studerar/arbetar/har en pågående anställning
* Jag kan träna självständigt på gym 2 gånger per vecka
 |

Beskriv hur din nuvarande hälsa påverkar din förmåga att arbeta eller studera:

Vad är din planering efter medverkan i Aktiv för att nå eller närma dig arbete/studier?

|  |
| --- |
|   |

Vilken anläggning vill du träna på?

Att tänka på innan du gör en intresseanmälan till Aktiv:

* Aktiv arbetar för att vara en trygg och säker insats.
* Aktiv står för en ren och hälsosam träning utan dopningsmedel, alkohol eller narkotika.
* Insatsen är inte lämplig för personer med hotfullt eller utåtagerande beteende eller för personer med ett pågående aktivt drogmissbruk.

Du kan endast välja ett alternativ

* Lundbybadet
* Slottsskogsvallen
* Kristinedals träningscenter

## Jag som intresseanmäler ovanstående person

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: |
| Kontaktperson på försörjande myndighet: |
| E-postadress: | Telefon: |
| Dagens datum:  |  |
| Intresseanmälan och samtycke skickas via post till ett önskat område. Märk kuvertet med Finsam Göteborg/Aktiv.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