# Intresseanmälan Finsam-team

## Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering

**Intresseanmälan avser**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| För-och efternamn | | | | |
| Bostadsområde eller postnummer | | | | |
| Telefonnummer: | | E-postadress: | | |
| Jag föredrar att bli kontaktad via: | Telefonsamtal ☐ | SMS ☐ | E--post ☐ | |
| Tolkbehov: | Nej ☐ | Ja ☐ | Om Ja, språk: | |

Aktuell försörjning:

☐ Aktivitetsstöd ☐ Försörjningsstöd

☐ Aktivitetsersättning ☐ Sjukpenning

Annat: _____

Primärvårdskontakt/ vårdcentral_____

Annan vårdkontakt_____

**Jag som intresseanmäler ovanstående person**

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

**Intresseanmälan och samtycke skickas via post till önskat område**
**Märk kuvertet med Finsam Göteborg/Finsam-team**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Hisingen** | Vågmästaregatan 1D, 417 02 Göteborg | **Sydväst** | Järnbrotts Prästväg 2, 421 47 Göteborg |
| **Centrum** | Nordhemsgatan 12, 413 27 Göteborg | **Nordost** | Rullagergatan 6A, 415 26 Göteborg |

Göteborgs Stad · Västra Götalandsregionen · Försäkringskassan · Arbetsförmedlingen Swedish Public Employment Service