# 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: |  |
| Bostadsområde eller postnummer: |  |
| Telefonnummer: |  |
| Tolkbehov: Nej Ja  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
* Jag arbetar/studerar/har en pågående anställning

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

|  |
| --- |
|  |

Tidigare eller pågående arbetsrehabiliterande insatser

|  |
| --- |
|  |

Syfte, mål och förväntan på insatsen?

Vilken anläggning vill du träna på? Du kan endast välja ett alternativ.

**Lundbybadet**

Lantmannagatan 5

Närmaste hållplats: Rambergsvallen

**Slottsskogsvallen**

Lars Israel Wahlmans Väg 32

Närmaste hållplats: Marklandsgatan

**Kristinedals träningscenter**

Byfogdegatan 4

Närmaste hållplats: Gamlestadstorget eller Kristinedal

## Jag som intresseanmäler ovanstående person

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

# Intresseanmälan och samtycke skickas via post till följande adress:

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