# Intresseanmälan Individsamverkansteam

**Samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering**

*Vi är till för dig som har ohälsa och/eller långvarig offentlig försörjning och behöver samordnat stöd från flera myndigheter och vården.*

**Vad behöver du stöd med för att närma dig till arbete/studier?**

Tillsammans träffar vi dig för att prata om dina behov och hur vi kan hjälpa dig att få rätt stöd och insatser hos våra myndigheter och vården.

* Du är mellan 16–64 år, bosatt i Göteborg.
* Du har behov av stöd från minst två av myndigheterna: Arbetsförmedling Försäkringskassan, kommunen eller sjukvården för att närma dig/ nå arbete eller studier.

## Intresseanmälan avser

|  |  |
| --- | --- |
| För-och efternamn: | Personnummer: |
| Adress: | Postnummer och ort: |
| Telefonnummer: | E-postadress: |
| Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal | SMS E—post |
| Tolkbehov: Nej Ja  Anmälande part ansvarar för bokning och finansiering av tolk. | Om Ja, språk: |
| Aktuell försörjning:  Aktivitetsstöd  Aktivitetsersättning  Sjukersättning  Annat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Försörjningsstöd  Sjukpenning |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuellt nätverk (kryssa i vad som gäller för dig):   * Arbetsförmedlingen * Försäkringskassan * Socialtjänsten * LSS * Boendestöd * Personligt ombud * Vårdcentral * Psykiatrimottagning * Beroendemottagning * Frivården * Övrig sjukvård: ……………………….................. * Annan: …………………………………………………. * Gymnasieskolan (namn) ………………………. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hur vi kan hjälpa dig att få rätt stöd och insatser hos våra myndigheter och vården? |  |
| Primärvårdskontakt/ vårdcentral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Annan vårdkontakt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Är det mer som du vill att vi ska känna till om dig? | |
| Jag har anmält mig till fler insatser inom FINSAM Göteborg: Ja Nej  Om Ja, ange vilka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jag har pågående kontakt med en annan insats inom FINSAM Göteborg: Ja Nej  Om Ja, ange insats och kontaktperson \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

## Handläggare/vårdkontakt som anmäler tillsammans med mig

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: | |
| Samverkanspart:  Är du handläggare på försörjande myndighet? Ja Nej  Om svar nej, var god kontakta handläggare på försörjande myndighet innan intresseanmälan görs samt ange kontaktuppgifter här nedan. | |
| Namn: | Telefon: |
| E-postadress: | |
| Dagens datum: | |
| Underskrift (jag som anmäler mig) | Underskrift (anmälande samverkanspart) |

Intresseanmälan och samtycke skickas via post till ett önskat område

Märk kuvertet med Finsam Göteborg/ Individsamverkansteam

**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.

Samtycke för informationsutbyte mellan myndigheter inom Finsam Göteborg

Verksamheterna inom FINSAM Göteborg bygger på samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Göteborgs Stad 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