

Intresseanmälan

För alla människors rätt till arbete och studier

Är du mellan 16-29 år och bor i Göteborgs Stad?
Vill du utforska dina vägar till arbete eller studier?
Vill du hitta ett socialt sammanhang som passar dig och dina
intressen?

**PROJEKT
GRÄNS-
GÅNGARE**
ARBETAR I ORGANISATORISKA MELLANRUM

För mer information se vår hemsida:
www.finsamgoteborg.se/gransgangare/

För-och efternamn	
Gatuadress, postnummer, stadsområde	E-postadress
Personnummer	Telefonnummer
Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/>	
Tolkbehov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, språk:	
Aktuell försörjning (kryssa i vad som gäller för dig): <input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> Sjukpenning <input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning Annat: _____ Antal år med offentlig försörjning:	
Har du kontakt med någon/några av följande, vänligen kryssa i vilken/vilka: <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Socialtjänsten <input type="checkbox"/> LSS <input type="checkbox"/> Boendestöd <input type="checkbox"/> Personligt ombud <input type="checkbox"/> Vårdcentral <input type="checkbox"/> Psykiatrimottagning <input type="checkbox"/> Beroendemottagning <input type="checkbox"/> Frivården	

<input type="checkbox"/> Övrig sjukvård: <input type="checkbox"/> Skola (namn) <input type="checkbox"/> Annan:
Högsta slutförda utbildning:

Övrig information:

(Är det något annat du tycker är bra att vi känner till?)

Är du en anmälände part, ange kontaktuppgifter nedan:

Namn:	Telefon:
E-postadress:	
Myndighet/organisation:	
Underskrift: (anmälände part)	

Din underskrift:	Vårdnadshavares underskrift: (för dig under 18 år)
------------------	---



Samtycke för informationsutbyte mellan myndigheter inom Finsam Göteborg

Vad innebär det här samtycket?

Verksamheterna inom Finsam Göteborg (bland annat Gränsgångare) bygger på samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Göteborgs stad och Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård. Om du har kontakt med någon av dessa parter och önskar att de är med vid informationsmötet behöver du fylla i detta samtycke för att vi ska kunna kontakta dem.

Tackar du sedan ja till att delta i Gränsgångare, behöver vi ett ifyllt samtycke för att säkerställa med din försörjande part att det inte påverkar din nuvarande planering.

Samtycket gäller endast information som behövs för att de samverkande myndigheterna ska kunna hjälpa dig till din samordnade arbetslivsinriktade rehabilitering. Samtycket gäller endast under tiden du 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. (För dig under 18 år krävs en underskrift av vårdnadshavare.)

Ort och datum

Din underskrift

Vårdnadshavares underskrift (för dig under 18 år)

Namnförtydligande

Namnförtydligande vårdnadshavare

Telefonnummer

Telefonnummer vårdnadshavare

Ditt personnummer

Samtycket omfattar även

Intresseanmälan skickas med post till vårt kontor: Första Långgatan 19, 413 27 Göteborg