Intresseanmälan Projekt Move On

Move On erbjuder stöd till individer med anställning som behöver extra insatser för att kunna återgå i arbete eller studier. Individen kan ha en komplex problematik som kräver insatser och stöd från fler parter för att han eller hon ska kunna återgå i arbete hos arbetsgivaren. Det kan även finnas behov av att påbörja en omställningsprocess till ny sysselsättning eller studier.

## Deltagarens uppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| För-och efternamn | Personnummer |
| Adress | Postnummer och postort |
| Telefonnummer | E-postadress |
| Försäkringskassans uppgifter |  |
| Handläggare på Försäkringskassan | Direktnummer |
| E-postadress |  |
| Vårdgivares uppgifter |  |
| Namn på vårdcentral | Namn och kontaktuppgifter till rehabiliteringskoordinator |
| Arbetsgivarens uppgifter |  |
| Deltagarens arbetsgivare | Deltagarens yrke och arbetsuppgifter |
| Om möjligt, namn närmaste chef | Kontaktuppgifter till närmaste chef |

Bakgrund

(Diagnos/funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning, första sjukdag och sjukskrivningslängd, vilken utredning har gjorts kring anpassning eller möjligheter till annat arbete hos arbetsgivaren, prognos för återgång i ordinarie arbete)

Vad är syftet med de samordnande insatserna? Vad behöver individen hjälp med?

## 

Dagens datum

|  |
| --- |
|  |

# Intresseanmälan och samtycke skickas via post till:

Finsam Göteborg

Projekt Move On

Första Långgatan 19

413 27 Göteborg

**Kontakt:**

Se kontaktuppgifter på:

<https://finsamgoteborg.se/esf-projekt/move-on/>.

Intresseanmälan kan endast behandlas om det finns samtycke till informationsutbyte från individen.

**Samtycke för informationsutbyte mellan myndigheter inom Finsam Göteborg**

Samtycke till 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samtycket omfattar även: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_