

Ansökan: *Hälsa för alla*



Mina personuppgifter:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Telefon/mobil:

Postadress:

E-post:

Uppgifter om min handläggare:

Namn:

Telefon/mobil:

Myndighet/motsvarande:

E-post:

Ev. fler samverkande myndigheter:

Namn:

Telefon/mobil:

Myndighet/motsvarande:

E-post:

Vilken försörjning har Du under tiden i *Hälsa för alla*?

Beskriv kort nuvarande hälsosituation:

Mediciner:

Alkohol/droger:

Varför vill Du vara med i *Hälsa för alla*?

När kan och vill Du börja?

Övrigt som Du/ni vill lägga till denna ansökan:

Jag ger mitt samtycker till denna ansökan som överlämnas till personalen vid *Hälsa för alla* i Trollhättan:

Datum Underskrift

Namnförtydligande

Handläggare:

Datum: Underskrift

Namnförtydligande

SAMTYCKE TILL INFORMATIONsutbyte Mellan Samverkande Parter

För att vi som arbetar vid Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen eller i någon av kommunerna Trollhättan, Lilla Edet och Grästorp ska kunna hjälpa dig på bästa sätt är det en förutsättning att vi får utbyta relevant information om dig. Detta kan vara uppgifter om hälsotillstånd, expertutlåtande (t ex medicinska), tidigare rehabiliteringsinsatser, sociala och ekonomiska förhållanden, arbetsförhållanden, tidigare utredningar och liknande. Samtycket rör endast sådana uppgifter som rör ditt ärende och din arbetsrehabilitering.

I samband med detta medgivande godkänner jag även att relevant information kring min rehabilitering och mitt deltagande får inhämtas i utvärderingssyfte.

Detta samtycke gäller två år från dagens datum och det kan när som helst återkallas av mig.

Datum Underskrift

Namnförtydligande

Ansökan överlämnas till *Hälsa för allas* personal eller skickas till:

Trollhättans stad

Arbetsmarknadsenheten "Hälsa för alla"

Gärdhemsvägen 9

461 83 Trollhättan