

Samverkansinsats

Case

Manager

Personuppgifter:

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postadress:

Telefon:

Mobiltelefon:

Uppgifter om min handläggare:

Namn:

Telefon/mobil:

E-post:

Adress:

Myndighet/motsvarande:

Uppgifter om handläggare hos samverkande myndighet:

Namn:

Telefon/mobil:

E-post:

Adress:

Myndighet/motsvarande:

Ev. övriga samverkande parter:

Datum för VISA-besök:

Familjesituation (boende/barn/barnomsorg):

Nuvarande försörjning/Försörjning under eventuell insats:

Arbetslivserfarenhet: Arbete:

Praktikplats:

Utbildning:

Fritidsintressen:

Beskriv din hälsa (fysisk och psykisk):

Medicinering:

Eventuell diagnos/er eller tidigare utredningar:

Spel/Alkohol/Droger:

Eventuella tidigare rehabiliteringsinsatser:

SYFTE MED INSATSEN

Vad är din och din handläggares syfte med denna ansökan?

Vad har du för förväntningar inför ditt deltagande med Case Manager?

Övrigt

SAMTYCKE TILL INFORMATIONsutBYTE MELLAN SAMVERKANDE PARTER

För att vi som arbetar vid Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen eller i någon av kommunerna Trollhättan, Lilla Edet eller 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.

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

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Ansökan lämnas till Grästorp eller skickas till:

Grästorps kommun

Niklas Krantz, Social verksamhet

467 80 Grästorp