

Ansökan om samverkansinsats

AURA Lilla Edet



Personuppgifter sökande

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postadress:

E-post:

Telefon:

Samtycker till SMS-kontakt: Ja Nej

Närmast anhörig:

Telefon:

Uppgifter om min handläggare

Namn:

E-post:

Telefon:

Adress:

Myndighet/Samverkanspart:

Uppgifter om handläggare hos samverkande myndighet

Namn:

E-post:

Telefon:

Adress:

Myndighet/Samverkanspart:

Ev. övriga samverkande parter:

Datum för VISA-besök:

Bakgrundsinformation

Familjesituation (boende/barn/barnomsorg):

Nuvarande försörjning/Försörjning under eventuell insats/programbeslut:

Tidigare arbetslivserfarenhet/Genomförda arbetsmarknadsinsatser (vad, var och när?):

Arbete:

Praktikplats:

Övrigt:

Utbildningsbakgrund/Kompetens (vad och när?):

Fritidsintressen:

Beskriv din hälsa (fysisk och psykisk):

Ev. diagnos/-er eller tidigare utredningar:

Mediciner:

Spel/Alkohol/Droger:

Hot- och våldsutsatt/Våld i nära relation:

Eventuella tidigare rehabiliteringsinsatser:

Syfte med ansökan

Vad är ditt och din handläggares syfte med denna ansökan?

Vilka är dina förväntningar inför ditt deltagande i AURA Lilla Edet?

Vilken/Vilka frågeställningar har du och din handläggare?

Övrigt som du/ni vill tillägga?

Jag ger mitt samtycker till att denna ansökan överlämnas till AURA Lilla Edet:

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 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 (exv. 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 vid AURA Lilla Edet får inhämtas i utvärderingssyfte.

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

Datum Underskrift
Namnförtydligande

Ansökan överlämnas till personal som arbetar i AURA Lilla Edet eller skickas till:

**Lilla Edets kommun
Arbetsmarknadsavdelningen/AURA Lilla Edet
Att: Linda Hilmersson
Järnvägsgatan 12
463 80 Lilla Edet**