

# Ansökan om samverkansinsats/arbetslivsinriktad rehabilitering



## Förberedande och arbetslivsinriktad rehabilitering

**Datum för VISA-besök:**

**Närvarande vid VISA – besöket:**

***Mina personuppgifter:***

Namn:

Personnummer:

Adress:

Postadress:

Telefon:

Mobiltelefon:

Mailadress:

Samtycker till SMS-kontakt: ja  nej

***Uppgifter om min handläggare/kontaktperson*** (Ersättningsmyndighet, Huvudremittent)

Namn:

Telefon/mobil:

Tjänstetitel:

E-post:

Myndighet/motsvarande:

Adress:

***Denna ansökan lämnas in med medremittentens samtycke:***

Namn:

Telefon/mobil:

Tjänstetitel:

E-post:

Myndighet/motsvarande:

Adress:

***Ev. övriga samverkande parter:***

## PERSONUPPGIFTER OCH BAKGRUNDSINFORMATION

**Familjesituation/Barn/barnomsorg:**

**Har du en nuvarande anställning? Ja  Nej**

**Om ja, namn på nuvarande arbetsgivare:**

**Eventuella tidigare rehabiliteringsinsatser:**

**Försörjning innan insats/åtgärd:**

**Försörjning under eventuell insats/åtgärd och ev. programbeslut:**

**Hur länge har du varit i behov av offentlig försörjning? (t.ex. sjukpenning, aktivitetsstöd, försörjningsstöd)**

**Tidigare arbetslivserfarenhet/genomförda arbetsmarknadsinsatser (var, vad, när):**

**Utbildningsbakgrund/kompetens:**

Namn på utbildning:

Fullföljd utbildning

Ej fullföljd utbildning

**Fritidsintressen:**

**Beskriv din hälsa (fysisk och psykisk):**

***Eventuell diagnos/er eller tidigare utredningar:***

***Mediciner:***

***Alkohol/Droger:***

***Mitt förhållande till spel:***

## **ANSÖKAN/FRÅGESTÄLLNINGAR**

***Vad är din och din handläggares syfte med denna ansökan?***

***Vad har du för förväntningar inför ditt deltagande i Friska Vindar?***

***När kan och vill du börja?***

***Övrigt som du/ni vill lägga till denna ansökan:***

**Jag ger mitt samtycker till denna ansökan överlämnas till Friska Vindar:**

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 Grästorps 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 denna ansökan godkänner jag registrering samt att relevant information kring min rehabilitering och mitt deltagande i Friska Vindar får inhämtas i utvärderingssyfte.

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

Datum ..... Underskrift .....

Namnförtydligande .....

Ansökan överlämnas direkt till personal på  
Samordningsförbundet Trollhättan, Lilla Edet och Grästorps  
Alt. skickas till adress:  
Samordningsförbundet Trollhättan, Lilla Edet och Grästorps  
Trollhättans Stad AME, 461 83 Trollhättan

