



Ansökan för deltagande i STEGEN ..... (skriv in vilken ort)

**Namn:** ..... **Personnummer:** .....

Har personen fått information om Stegen?  ja  nej

Är personen motiverad till att ansöka till Stegen?  ja  nej

Vill förändra sin nuvarande situation genom Stegen?  ja  nej

1. Av vilken anledning vill personen ansöka till Stegen?

2. Vilket behov har personen av samordnade rehabiliterande insatser?

3. Hälsotillstånd fysisk, psykiskt och socialt

4. Tidigare rehabiliteringsinsatser

5. Expertutlåtanden, tex medicinska utlåtanden Vilka ska bifogas

## 6. Övrig viktig information. Tex andra vidtagna åtgärder och övrigt av intresse

--

## 7. Sociala och ekonomiska förhållanden

--

## 8. Tidigare erfarenhet från arbetslivet?

Vilket/vilka företag?
Senaste praktikplatsen?

## 9. Involverade kontaktpersoner från parterna eller andra (God man, personligt ombud.)

Kontakt.....	Part.....	Mail/tel.....
Kontakt .....	Part.....	Mail/tel.....
Kontakt .....	Part.....	Mail/tel.....
Kontakt .....	Part.....	Mail/tel.....

Ansökande: .....  
 Underskrift Namnförtydligande

Telefon: ..... Mailadress: .....

Remittent: .....  
 Underskrift Namnförtydligande

Telefon: ..... Mailadress: .....

# Samtycke för samordnade insatser

att lyfta sekretessen från involverade parter gällande personen

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
<b>Utdelningsadress</b>	<b>Postnummer och Ort</b>
<b>Försörjning</b> <input type="checkbox"/> A-kassa <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Ersättning från Försäkringskassa <input type="checkbox"/> Annat	
<p><b>Samtycket innebär:</b></p> <p>Att Du ger Ditt medgivande till involverade handläggare från Arbetsförmedlingen, Kommunen, Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården (även privata vårdgivare) att lämna uppgifter om Dig till varandra för samverkansinsats för rehabilitering.</p> <p>Handläggare har sekretess, vilket innebär att de inte får tala om Dig eller Ditt ärende.</p> <p>Personuppgifter behandlas bara om det finns laglig grund. För att parterna ska kunna samordna insatser och, tillsammans med Dig göra en SAMSIP, behövs ditt samtycke.</p> <p><b>Samtycke enligt Dataskyddsförordningen GDPR om hantering av personuppgifter.</b> Deltagande kan innebära att vissa personuppgifter registreras för vårt arbete. Du har rätt att veta på vilket sätt dina uppgifter används och du kan när som helst återta ditt samtycke. Statistik är avpersonifierad.</p> <p><b>Jag har tagit del av ovanstående information och godkänner</b> att nämnda uppgifter om mig får lämnas mellan involverade handläggare från arbetsförmedlingen, försäkringskassan, kommunen och hälso- och sjukvården om det är nödvändigt för arbetet med min arbetslivsinriktade rehabilitering.</p>	
.....	.....
<b>Ort och Datum</b>	<b>Namn</b>
.....	.....
<b>Personnummer</b>	<b>Underskrift</b>