



Inkom datum

Intresseanmälan för deltagande i Stegen

Här kan Du som har behov av samordning från flera myndigheter ansöka om att delta i arbetslivsinriktad rehabilitering via Stegen Karlstad eller Stegen Kristinehamn.

Innan deltagande kommer ett SAMSIP-möte att planeras in så Du får mer information om vad Stegen innebär och vi får reda på vilka som behöver finnas med för dig.

Ditt namn:

Ditt personnummer:

Din adress:

Hur har du fått information om Stegen?

Av vilken anledning vill Du ansöka till Stegen?

Hur är Ditt hälsotillstånd fysiskt, psykiskt och socialt?

Har Du tidigare deltagit i några rehabiliteringsinsatser? I så fall vilka insatser?

Finns det annan viktig information som Du anser är av värde för oss att veta?

--

Har du erfarenhet från arbetslivet?

Vilket/vilka företag?

Senaste praktikplatsen?

Har du kontaktpersoner tex inom socialtjänsten, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, psykiatrin, vårdcentralen eller någon annan kontakt som God man, personligt ombud? Fyll gärna i dem här i rutan:

Kontakt.....	Mail/tel.....
--------------	---------------

Kontakt	Mail/tel.....
---------------	---------------

Kontakt	Mail/tel.....
---------------	---------------

Kontakt	Mail/tel.....
---------------	---------------

Jag är intresserad av att förändra min nuvarande situation genom att delta i Stegen. Målet är ökat välbefinnande för att närma mig, eller nå, arbete eller studier.

JA

NEJ

TVEKSAM

Jag vill bli kontaktad på:

Telefon.....

Mailadress:.....

.....
Datum och ort

.....
Namnunderskrift

Samtycke för deltagande i SAMSIP

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Försörjning <input type="checkbox"/> A-kassa <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Ersättning från Försäkringskassa <input type="checkbox"/> Annat	
<p>Samtycket innebär:</p> <p>Utgångspunkten är att Du och Dina uppgifter är skyddade av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen vilket innebär att handläggare från olika myndigheter inte får prata om Dig eller Ditt ärende med någon utanför deras egen myndighet.</p> <p>Denna sekretess kan hävas av Dig om Du ger ditt samtycke till att parterna tillsammans med Dig träffas för att göra en SAMSIP samt för att kunna samordna insatser.</p> <p>Utan samtycket kan Du inte delta i en samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering.</p> <p>Samtycket är till för att involverade handläggare från Arbetsförmedlingen, Kommunen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården (även privata vårdgivare) ska ges möjlighet att lämna uppgifter om Dig till varandra inom den samordnade insatsen.</p> <p>Samtycke avser endast information om Dig som är nödvändig för att hjälpa Dig i Din väg mot arbete, studier eller annan sysselsättning.</p> <p>Ingen annan information kommer att delas av handläggarna om Dig.</p> <p>Jag har tagit del av ovanstående information och godkänner att nämnda uppgifter om mig får lämnas mellan involverade handläggare från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Kommunen och hälso- och sjukvården.</p> <p>Jag är medveten om att jag när som helst kan återta mitt samtycke, vilket då innebär ett avslut i den samordnade insatsen.</p>	
.....
Ort och Datum	Namn
.....
Personnummer	Underskrift