

Ansökan för att delta i insatsen Stegen Kristinehamn

Namn:

Personnummer:

--	--

	Ja	Nej
Har personen fått information om Stegen?		
Är personen motiverad att ansöka till Stegen?		
Vill förändra sin nuvarande situation genom Stegen?		

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

--

Sökande:

Underskrift

.....

Namnförtydligande

Telefon:

Mejladress:

Remittent:

Underskrift

.....

Namnförtydligande

Telefon:

Mejladress:

Samtycke för att delta i insatsen Stegen

projektägare Kristinehamns kommun

Namn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och Ort
Försörjning: (kryssa för ersättning)	
<input type="checkbox"/>	Ersättning från Försäkringskassa
<input type="checkbox"/>	Försörjningsstöd
<input type="checkbox"/>	A-kassa
<input type="checkbox"/>	Annat
<p>Samtycket innebär: 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 när Du ska delta i en samordnad insats. 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. Samtycke avser endast information om Dig som är nödvändig för att hjälpa Dig i Din väg mot arbete, studier eller annan sysselsättning. 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

