

Namn: _____

Personnr: _____

Telefon: _____ & _____

Man Kvinna

Adress: _____

Mailadress: _____

Datum: _____

Ingår i målgruppen som är behov av samordnad insats

Försörjning eller annat stöd är aktuellt/pågående hos:

- Försäkringskassan
 Hälsa- & sjukvård i Västra Götalandsregionen
 Arbetsförmedlingen
 Kommunens socialtjänst eller annat kommunalt stöd

Inskrivnen i parallellt pågående Samordningsförbundsaktivitet _____
verksamhet**Önskar delta i Aktiv hälsa i:**

BOLLEBYGD BORÅS HERRLJUNGA MARK
SVENLJUNGA TRANEMO ULRICEHAMN VÅRGÅRDA

Möjlighet att lämna uppgifter/förutsättningar om nuläge/bakgrund inför deltagande:**Remittent**

Samverkansaktör: _____ Ansvarig handläggare: _____

Telefon: _____ Mailadress: _____

Ansökan skickas till samordningsförbundets kontaktperson i kommunen där deltagande önskas. Observera att aktivitetsutbudet varierar mellan kommunerna. Se hemsidan för mer information.
www.samverkanvg.se/sjuharad