

Plats för ankomststämpel

Ansökan

Att ansöka innebär att ett samarbete påbörjas för att gemensamt stödja deltagaren mot arbete, studier eller annan planering. Information om samtliga verksamheter finns på Svenljunga och Tranemo kommuners hemsidor.

Deltagarens kontaktuppgifter

| | |
|--|--|
| Namn: | Personnummer: |
| Adress: | Postnummer och postadress: |
| Telefonnummer: | E-post: |
| Kontaktuppgifter och telefon till närmast anhörig: | Finns ordnad barnomsorg <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nej |

Deltagarens samtliga inkomster

| | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd | <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning | <input type="checkbox"/> Sjukpenning | <input type="checkbox"/> A-kassa |
| <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd | <input type="checkbox"/> Sjukersättning | <input type="checkbox"/> Rehabersättning | <input type="checkbox"/> Annan: |

Tid utan arbete före inskrivning

| |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 6 månader |
| <input type="checkbox"/> 6-24 månader |
| <input type="checkbox"/> >24 månader |

Deltagarens bakgrund och nuläge

| | |
|--|---|
| Fullföljd utbildning | |
| <input type="checkbox"/> Grundskola | Körkort <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Klass: |
| <input type="checkbox"/> Gymnasiet/yrkesutbildning | <input type="checkbox"/> Övrigt |
| <input type="checkbox"/> Högskola/universitet | <input type="checkbox"/> SFI <input type="checkbox"/> A |
| <input type="checkbox"/> Annan utbildning/kurs | <input type="checkbox"/> B |
| | <input type="checkbox"/> C |
| | <input type="checkbox"/> D Modersmål: |

Arbetslivserfarenhet:

Hälsotillstånd/ eventuell funktionsnedsättning:

Deltagarens samtliga myndighetskontakter

| Myndighet | Handläggare tel | Myndighet | Handläggare tel |
|--|-----------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen: | | <input type="checkbox"/> Individ och familjeomsorg: | |
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan: | | <input type="checkbox"/> LSS: | |
| <input type="checkbox"/> Vården (VGR): | | <input type="checkbox"/> Kontaktperson/ God man: | |
| <input type="checkbox"/> Utbildningsanordnare: | | <input type="checkbox"/> Övrigt: | |
| <input type="checkbox"/> Sociala stödteamet: | | <input type="checkbox"/> | |

Insats för deltagarens aktivitet (endast ett alternativ)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Aktiv Hälsa Syftet är att: |
| <input type="checkbox"/> Pre-Rehab NY KRAFT Syftet är att: |
| <input type="checkbox"/> Coachning mot arbete/studier Syftet är att: |
| <input type="checkbox"/> Nytänk Syftet är att: |

Ansvarig handläggares kontaktuppgifter

| | |
|---------------------------------|-------------|
| Ansvarig myndighet | Handläggare |
| Telefonnummer | E-post |
| Adress, postnummer och post ort | |

Deltagarens underskrift och samtycke

| | |
|---|----------------------------------|
| Jag, deltagaren, samtycker till att ovanstående myndigheter får ta del av journal, handlingsplan och kartläggning och diskutera information om mig. Samtycket kan sägas upp av mig när som helst. | |
| Deltagarens underskrift | Namnförtydligande, datum och ort |

| |
|---|
| Ansökan skickas till: Svenljunga kommun Arbetsmarknadsenheten 512 80 Svenljunga |
| När ansökan behandlats tar vi kontakt med ansvarig handläggare och bokar ett möte tillsammans med deltagaren. |

Aktuell insats hos AME (fylls i av AME)

| |
|--|
| |
|--|