



**Blanketten skickas till:**

Bollebygds kommun  
Arbetsmarknadsenheten  
517 83 Bollebygd

**Information om personuppgifter**

Uppgifterna som du lämnat kommer registreras elektroniskt. Det är endast personal som arbetar med ditt ärende som får ta del av informationen. All personal har sekretess, vilket innebär att uppgifter om dig inte får lämnas ut till någon obehörig. Uppgifterna behandlas enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

**Deltagare**

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer och postadress:
Telefonnummer:	E-post:
Kontaktuppgifter till närmast anhörig:	

**Deltagarens bakgrund och nuläge**

Kort information om deltagarens bakgrund samt om nuläge, t.ex. medicinska hinder, sjukskrivning, diagnoser, fysiska eller psykiska hinder, missbruksproblematik, språkhinder, ohälsa, övrig information.

**Följande aktivitet önskas**

**Aktiv Hälsa** (Hälsöfrämjande aktiviteter upp till 5 timmar/vecka under 12 veckor )

**Ny Kraft** (Gruppaktivitet med fokus på vägledning 6-10 timmar/vecka under 12 veckor)

**Syfte med deltagarens aktivitet på AME**

## Myndighetskontakter och samtycke

Att remittera innebär att ett samarbete påbörjas för att gemensamt stödja deltagaren mot arbete eller studier. Ange för- och efternamn samt telefonnummer.

Myndighetskontakter	Handläggare (För- och efternamn)	Telefonnummer
Arbetsförmedlingen:		
Försäkringskassan:		
Västra Götalandsregionen:		
Utbildningsanordnare:		
Övrigt:		
<b>Kommunala kontakter</b>		
Individ och familjeomsorg:		
Boendestöd:		
Personligt ombud:		
Integrationssamordnare:		
Övrigt:		

## Inkomst

<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:

För att kunna delta i aktivitet på AME krävs att deltagaren har:	<input type="checkbox"/> Ordnad barnomsorg (om relevant)	<input type="checkbox"/> En ordnad boendesituation
--	--	--

## Underskrift

Jag, deltagaren, samtycker till att ovanstående myndigheter får diskutera information om mig. Jag samtycker även till att AME skriver anteckningar och dokumenterar hur det går för mig under den tid som jag är inskriven på AME.	
Deltagarens underskrift	Datum och ort

## Remittent

När ansökan/remissen inkommit tar vi kontakt med dig som handläggare på ansvarig myndighet och bokar ett möte tillsammans med den eventuella deltagaren.

Ansvarig myndighet:	Handläggare:
Telefonnummer:	E-post: