|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intresseanmälan DISA +** DISA+ vänder sig till dig som är mellan 16 och 29 år med psykisk ohälsa eller psykiatrisk funktionsnedsättning och bor i stadsdelarna Centrum, Majorna-Linné eller Örgryte-Härlanda. | | |
| * Jag vill börja arbeta eller studera inom ett år * Jag behöver stöd för att påbörja eller närma mig arbete/studier * Jag har inget aktivt beroende * Jag har etablerad kontakt med vården för min psykiska ohälsa |  | |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

**Vänligen texta tydligt**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Personnummer: |
| Adress: | Postnummer och postort: |
| Mobilnummer: | Mejladress: |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  | | Aktivitetsstöd | |  | | --- | |  | | Försörjningsstöd |  |  | |  | | --- | |  | | Sjukpenning | |  | | --- | |  | | Aktivitetsersättning | |  | | --- | |  | | Annat | | |

|  |
| --- |
| **Jag anmäler ovanstående person:**  Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mejladress: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Samtycke för informationsutbyte**

Jag är informerad om och samtycker till att sekretessen bryts mellan de samverkande parterna\*. Det betyder att DISA+ får inhämta och utbyta nödvändig information om mig från dessa parter. Syftet är att underlätta kartläggningen och att samordna arbetslivsrehabiliteringen. Det skriftliga samtycket, den eventuella information som inhämtas från de samverkande parterna samt teamets arbetsanteckningar sparas i ett låsbart skåp på enheten. Endast teamets personal har tillgång till handlingarna. När vi avslutat kontakten och slutdokumentationen har skickats till de samverkande parterna, upphör samtycket att gälla och all befintlig information om dig makuleras. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke varefter ditt deltagande i DISA+ avslutas och dina handlingar makuleras.

Underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*) Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänsten, primärvården och psykiatrin.

**Frågor inför informationsmötet på Samordningsförbundet**

|  |
| --- |
| Kontaktperson på försörjande myndighet: |
| Kontaktperson vården: |
| Kontaktperson socialtjänsten: |
| Boendestöd: |
| Kontaktperson FK: |
| Kontaktperson AF: |
| Familj: |
| Övrigt: |

|  |
| --- |
| Har personen en pågående anställning? |
| Hur beredd är personen att börja arbeta/studera inom tre månader? Skala 1–10  1 10 |
| Varför vill hen arbeta/studera nu? |
| Vilken typ av arbete/studier tror du/ni är en bra matchning? |
| Hur många timmar/vecka? |
| Styrkor hos personen. (T.ex. från tidigare arbeten, erfarenheter, utbildning, intressen) |
| Information om personens ohälsa. (diagnos, utredning, symptom, mm) |
| Hur kan personens ohälsa påverka möjligheten att arbeta eller studera? |
| Hur ser en vanlig dag ut för personen med aktiviteter? |
| Under kötiden vad kan personen själv göra för att närma sig arbete/studier? |

Intresseanmälan skickas till:

DISA+

Samordningsförbundet Göteborg   
Nordhemsgatan 12, vån5  
413 27 Göteborg