



1

**Intresseanmälan  
skickas till:**  
Samordnare  
Anna Gustafsson  
Samordningsförbundet  
Järnbrotts prästväg 2  
421 47 Västra Frölunda

## INTRESSEANMÄLAN TILL

### Nymilen- kartläggning

*För att kartläggningen skall bli grundlig och värdefull för dig som deltagare och remittent är det viktigt att du fyller i hela formuläret och bifogar efterfrågade dokument som finns på den remitterande myndigheten. Ju mer specifik och detaljerad intresseanmälan desto mer kan kartläggningen ge. Alla uppgifter är obligatoriska att fylla i. Är det något som du/ ni tvekar kring- hör av er till Alexandra Büller, leg. arbetsterapeut, telefon 070-696 19 19 alt. alexandra.buller@afh.goteborg.se eller Anna Gustafsson Samordnare, tel. 0700-85 28 31 alt. anna.e.gustafsson@vgregion.se*

**Datum:** \_\_\_\_\_

<b>Namn:</b>			
<b>Adress:</b>			
<b>Postadress:</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>Mobil:</b>	
<b>Personnummer:</b>			
<b>E-postadress:</b>			

**Formulera en eller flera frågeställningar som ni, deltagare och remittent, önskar få svar på genom Nymilens kartläggning.**

---

---

---

---

---

---

---

---



**Tidigare utbildning:** (Ta även med grundskola och gymnasium. Bifoga betyg om möjligt)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Arbetslivserfarenhet:** (Ta även med praktikplats och arbetsträning. Bifoga CV om möjligt)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Arbetslös sedan:** .....

**Är du aktivt arbetsökande på Arbetsförmedlingen? Markera med kryss.**

Ja                       Nej

**Nuvarande försörjning:** .....

**Tid med offentlig försörjning (ange antal år):** .....

**Har du någon kontakt med följande myndigheter? Om ja, vem är din handläggare på respektive myndighet?**

Arbetsförmedlingen    ja/nej    handläggare.....  
Socialtjänsten            ja/ nej    handläggare.....



Försäkringskassan ja/nej handläggare.....  
Hälso- sjukvården ja/nej kontakt .....

Ev. sjukskrivning sedan: .....

Ev. sjukersättning sedan:.....

**Har du tidigare genomgått medicinsk- och arbetslivsinriktad rehabilitering? Om ja, beskriv var, när och i vilken regi detta skedde.**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Familj- och boendesituation:** (civilstånd, barn, boende )

---

---

---

---

---

---

---

---

**Tillgodogör sig svenska språket, markera med kryss:**

Ja                       Nej

**Fysisk hälsa:** (Bifoga läkarutlåtanden och utredningar som har gjorts om de finns tillgängliga på remitterande myndighet)

---

---

---

---

---

---

---

---



**Psykisk hälsa:** (Bifoga läkarutlåtanden och utredningar som har gjorts om de finns tillgängliga på remitterande myndighet).....

---

---

---

---

---

---

---

---

**Nuvarande behandlingskontakter:**.....

---

---

---

---

---

---

---

---

**Finns det tidigare missbruk av alkohol, droger eller tabletter? Om ja, är behandling genomgången, när och var?**.....

---

---

---

---

---

---

---

---

**Har du någon blodsmitta eller annan smitta som vi bör känna till? Om ja, vilken/vilka?**.....

---

---

---

---

---

---

---

---



**Finns det allergier eller andra behov när det gäller mat?**.....

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vad hoppas du som deltagare ska bli annorlunda i din situation, som ett resultat av kontakten med Nymilen?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vad tycker du som deltagare är viktigt att personalen i Nymilen vet om dig?**.....

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vilka resurser ser du som remittent hos/kring den deltagare som säger dig att hen kommer att kunna arbeta?**.....

---

---

---

---

---

---

---

---



6

**Vilka samordningsbehov av arbetsrehabiliterande myndighetsinsatser ser du, som remittent?**.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Intresseanmälan från:**

<b>Myndighet:</b>	<b>Handläggare:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>E-Mail:</b>
<b>Postadress:</b>	

<b>Sökandes underskrift:</b>
<b>Ort och datum:</b>