

Intresseanmälan till Ungdomsprojektet i Salem (rev. 170621)

Deltagare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon, bostad	Telefon, mobil	E-post

Remittent till Ungdomsprojektet i Salem (om sådan finns)

Förnamn	Efternamn	Telefon
Myndighet	E-post	

Har kontakt med följande myndigheter/verksamheter/vården?

Namn/profession/organisation	Telefon	E-post
Namn/profession/organisation	Telefon	E-post
Namn/profession/organisation	Telefon	E-post

Information kring deltagaren

<p>Slutbetyg grundskola <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Slutbetyg gymnasieutbildning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Eftergymnasial utbildning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, vilken utbildning? _____</p>	<p>Inskrivnen Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket kontor? _____</p> <p>Arbetat tidigare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Arbetar just nu <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Praktiserat tidigare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Har idag ersättning från följande myndigheter (nämna gärna vilken typ av ersättning)</p> <p>Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Försäkringskassan <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Kommunen <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Annan <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Saknar inkomst <input type="checkbox"/></p>	<p>Nuvarande lägesbeskrivning (hälsa/missbruk/boende/familjesituation)</p>

Anledning till intresseanmälan till Ungdomsprojektet i Salem

Syfte och målsättning med denna intresseanmälan
Diagnos (om sådan finns)
Eventuella arbetshinder
Tidigare insatser

Övrig information

--

Underskrift ungdomen

Underskrift remittent

Namn/Datum/Ort

Namn/Datum/Ort

Ifylles av personal i Ungdomsprojektet i Salem

Antas i Ungdomsprojektet i Salem <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej – motivering
----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

Intresseanmälan sänds i original per post till:

Anette Dagsdotter

Ungdomsstödjare i Ungdomsprojektet i Salem

Arbete och försörjning

Salems kommun

144 80 Rönninge

OBS! Kom ihåg att bifoga fullmakt.

Fullmakt (18-29 år)

Samtycke till informationsutbyte

Ungdomsprojektet i Salem är en samverkansinsats vars syfte är att kunna erbjuda unga vuxna mellan 16-29 år ett samordnat stöd för att komma vidare mot arbete eller studier.

Jag samtycker till att nedanstående myndigheter och verksamheter, inom ramen för projektet, får dela med sig och ta del av uppgifter om mig för att kunna erbjuda mig rätt insatser. Det innebär att tystnadsplikten mellan dem upphävs. Att lämna det här samtycket är frivilligt och jag kan när som helst återkalla mitt samtycke.

I mitt fall gäller samtycket följande myndigheter och verksamheter:

- Salems kommun: Socialförvaltningen, Barn- och utbildningsförvaltningen
- Arbetsförmedlingen
- Försäkringskassan
- Stockholms läns landsting/Psykiatri/BUP
-

Samtycket gäller under den tid jag är aktuell i insatsen och för uppföljning som längst 1 år efter det att jag avslutat mitt deltagande.

Ort: Datum:

Personnr:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Fullmakt (16-17 år)

Samtycke till informationsutbyte

Ungdomsprojektet i Salem är en samverkansinsats vars syfte är att kunna erbjuda unga vuxna mellan 16-29 år ett samordnat stöd för att komma vidare mot arbete eller studier.

Jag samtycker till att nedanstående myndigheter och verksamheter, inom ramen för projektet, får dela med sig och ta del av uppgifter om mig för att kunna erbjuda mig rätt insatser. Det innebär att tystnadsplikten mellan dem upphävs. Att lämna det här samtycket är frivilligt och jag kan när som helst återkalla mitt samtycke.

I mitt fall gäller samtycket följande myndigheter och verksamheter:

- Salems kommun: Socialförvaltningen, Barn- och utbildningsförvaltningen
- Arbetsförmedlingen
- Försäkringskassan
- Stockholms läns landsting/Psykiatri/BUP
-

Samtycket gäller under den tid jag är aktuell i insatsen och för uppföljning som längst 1 år efter det att jag avslutat mitt deltagande.

Ort: Datum:

Personnr:

Namnunderskrift:

Namnförtydligande:

Målsmans/Målsmäns underskrift:

Namnförtydligande: