

Anmälningsblankett till Myndighetsgemensamma teamet

Uppgifter om deltagare

För- och efternamn	Personnummer	
Adress	Postnr/ort	
E-post	Telefon	
Skyddad identitet? Ja Nej	Behov av tolk? Ja Nej Språk:	
Frågeställning. Vad önskar du hjälp med?		
Har du någon specifik fråga till: Arbetsförmedlingen (ex. arbetslivsinriktad rehabilitering) Försäkringskassan (ex. frågor om socialförsäkringen, samordning av rehabiliteringsinsatser) Hälso- och sjukvården (ex. medicinsk rehabilitering) Kommunen (ex. boendestöd, ekonomiskt bistånd, sysselsättning) Samordningsförbundet (ex. insats, projekt)		
Utifrån mina förutsättningar/förmågor vill jag nu: Arbeta Delta i en meningsfull aktivitet		Arbetsträna Annat:
Vilken högsta slutförda utbildning har du? Grundskola Gymnasium Högskola/universitet Saknas Annan eftergymnasial utbildning:		

När arbetade du senast? Vad arbetade du med?
Vilken försörjning har du idag? A-kassa Aktivitetsersättning Aktivitetsstöd/utvecklingsersättning/etableringsersättning Ekonomiskt bistånd Lön Sjukersättning Sjukpenning Studiestöd/studiemedel Annan försörjning:
Vilka aktuella kontakter har du idag? Arbetsförmedlingen Försäkringskassan Hälso-och sjukvården Kommunen (boendestöd, kontaktperson, god man) Annan (ex. skola, frivården, Brottsofferjouren):
Social situation (ex. civilstånd, barn, bostad)

Anmäl av

Myndighet/verksamhet/privatperson	Namn och datum
E-post	Telefon

Samtycke till informationsutbyte inom Myndighetsgemensamma teamet

Kommunen, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården inom Region Stockholm samverkar för att kunna ge dig rätt stöd och insatser i syfte att du ska nå målet om egen försörjning. Information om dig som kanske finns hos kommunen, MGT, Arbetsförmedlingen och hälso- och sjukvården inom Region Stockholm är sekretessbelagd. Uppgifterna kan handla om hälsotillstånd, arbetsförhållanden, rehabiliteringsinsatser, sociala och ekonomiska förhållanden, tidigare utredningar och medicinska utlåtanden.

För att kunna hjälpa dig på bästa sätt behöver vi gemensam information om dig och din situation.

Godkännande - behandling av personuppgifter

- Jag har tagit del av information om MGT och samtycker till att medarbetarna i teamet får ta del av uppgifter om mig för att kunna ge mig rätt stöd och insatser.
- Samtycke till informationsutbyte gäller under ett år från det datum du skrivit under det. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta din handläggare hos myndigheten/verksamheten/vårdkontakt.

Jag samtycker att ovan nämnda samverkansparter får ta del av uppgifter om mig.

Underskrift	Namnförtydligande	
Personnummer	Ort	Datum

Information om vart du skickar anmälan finns på Samordningsförbundets hemsida.



Nynäshamn
kommun

tyresö kommun



Region
Stockholm



Försäkringskassan



ARBETSFÖRMEDLINGEN
SWEDISH PUBLIC EMPLOYMENT SERVICE



SAMORDNINGSFÖRBUNDET
ÖSTRA SÖDERTÖRN