

# Intresseanmälan Finsam Bengtsfors kommun

## Fördjupad samverkan och individnära stöd



Västra Värmlands & Norra Dalslands  
Samordningsförbund

Datum	Personnummer
För- och efternamn	
Adress	
Telefonnummer	E-postadress
Jag föredrar att bli kontaktad via: brev <input type="checkbox"/> telefonsamtal <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Mina sidor <input type="checkbox"/>	
Tolkbehov: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Om ja, språk:
Aktuell försörjning: <input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning, omfattning _____% <input type="checkbox"/> Sjukersättning, omfattning _____% <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Sjukpenning, omfattning _____% <input type="checkbox"/> Saknar offentlig försörjning/inkomst Annat: _____	
Mina myndighets- och sjukvårdskontakter: <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Frivården <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Socialtjänst, försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Socialtjänst, vuxenhet <input type="checkbox"/> Funktionsstöd/LSS <input type="checkbox"/> Funktionsstöd/socialpsykiatri <input type="checkbox"/> Personligt ombud/god man <input type="checkbox"/> Vårdcentralen <input type="checkbox"/> Psykiatrimottagning <input type="checkbox"/> Övrig sjukvård: _____ <input type="checkbox"/> Annan: _____	

Jag vill börja arbeta eller studera. Ja  Nej   
Jag behöver stöd för att påbörja eller närma mig arbete eller studier. Ja  Nej   
Jag har en psykisk eller fysisk ohälsa som kan påverka mig i ett arbete. Ja  Nej   
Jag har en beroendeproblematik. Ja  Nej   
Om Ja, jag får professionell hjälp  Ej aktuellt Ja  Nej

Nuläge, pågående eller tidigare rehabiliterande insatser, hur nuvarande hälsa påverkar förmåga till arbete:

# Intresseanmälan Finsam Bengtsfors kommun

## Fördjupad samverkan och individnära stöd



Västra Värmlands & Norra Dalslands  
Samordningsförbund

Önskemål och förväntningar på insatsen, jag behöver stöd inom följande:

Är det något mer vi behöver känna till om dig:

### Jag som intresseanmäler ovanstående person

Namn	Telefon
E-postadress	
Samverkanspart	
Dagens datum	

### Intresseanmälan och samtycke skickas via post

Bengtsfors kommun  
Sara Højman  
Box 14  
666 21 Bengtsfors

### Alternativt lämnas in på kontoret

Arbete och integration  
Storgatan 20, Bengtsfors

### Intresseanmälan kan också lämnas via telefon till samordnaren i Bengtsfors kommun

**Frågor?** Välkommen att kontakta Finsam-samordnaren i Bengtsfors kommun

Sara Højman 0531-527081

sara.hojman@bengtsfors.se