|  |
| --- |
|   |
| Arbete och etablering utförare |
| **Ansvarig** | **Upprättad den** |
| Projektägare | 2023-03-01 |
|  |  |
| **Upprättad av** | **Reviderad den** |
| Projektledare | 2024-04-24 |

# Underlag för anvisning – Nya Vägar i Vellinge +

*Blanketten skickas via post till:*
*Vellinge Kommun*
*Nya Vägar i Vellinge+*
*Arbetscentrum*
*235 81 Vellinge*

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

**Anvisande part:**
Arbete och etablering myndighet: (Ange en eller flera)

[ ]  Deltagaren uppbär försörjningsstöd

[ ]  Deltagaren har insatser via socialpsykiatri

[ ]  Deltagaren har övriga insatser, ange vilka:

|  |
| --- |
|  |

Ange beslut för anvisning:

|  |
| --- |
|  |

Försäkringskassan:

[ ]  Deltagaren uppbär aktivitet- eller sjukersättning
 [ ]  Deltagaren uppbär Sjuk- eller rehab. penning

[ ]  Deltagaren har övriga insatser, ange vilka:

|  |
| --- |
|  |

Egenanvisning

☐ Serviceinsats (jag som vill delta i projektet ansöker om insatsen själv)

Var fick du information om projektet:

|  |
| --- |
|  |

Kontaktuppgifter Anvisande handläggare

|  |
| --- |
| Namn: |
| Adress:  | Postnummer och ort:  |
| Epost:  | Telefon:  |

Kontaktuppgifter Deltagare

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: | Personnummer: |
| Adress:  | Postnummer och ort:  |
| Epost: | Telefon:  |

Bakgrund

|  |
| --- |
| Beskrivning av bakgrund, situation, och behov som motiverar insats: |
| Pågår det andra insatser via Individ- och familjeomsorgen som kan vara bra att känna till, ange insats och aktuell socialsekreterare: |
| Pågår det insatser via Arbetsförmedlingen ange datum för inskrivning om aktuellt: |
| Kontaktuppgifter till handläggare på Arbetsförmedlingen (namn, telefonnummer, e-post) |
| Finns det en pågående kontakt med Försäkringskassan: |
| Kontaktuppgifter till handläggare på Försäkringskassan (namn, telefonnummer, e-post) |
| Information om SIP (Samordnad Individuell Plan)[ ]  Det finns behov av att upprätta SIP[ ]  Det finns pågående SIP. Om ja ange kontaktuppgifter till ansvarig för SIP nedan: |
| Övrig information tex kring boendesituation eller annat: |

Mål med deltagandet i projektet

|  |
| --- |
| Beskriv vilka mål och förväntningar som finns på deltagandet i projektet.  |

Samtycker du att anvisande myndighet, det vill säga den myndighet som fyller i denna blankett tillsammans med dig och Europeiska Socialfondsprojektet Nya Vägar i Vellinge + får utbyta och diskutera uppgifter om dig utan hinder av sekretess. Uppgifterna används endast för att bidra till att hjälpa och stödja dig i att komma närmre arbetsmarknaden.

[ ]  **Jag samtycker** till att uppgifter delas mellan projektgruppen för Europeiska Socialfondsprojektet Nya Vägar i Vellinge och den anvisande parten.

Underskrift

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deltagare