



Intresseanmälan till MIA-projektet Botkyrka, Huddinge, Salem

MIA –Mobilisering Inför Arbete

Den här intresseanmälan kan du som är intresserad av att delta i MIA-projektet fylla i tillsammans med handläggare/vårdgivare.

Intresseanmälan gäller: Förnamn: Efternamn: Personnummer: Adress: Postnummer/Ort: Telefon: Mail: Folkbokföringskommun <input type="checkbox"/> Botkyrka <input type="checkbox"/> Huddinge <input type="checkbox"/> Salem	Handläggare/ vårdgivare: Namn: Titel: Myndighet/Verksamhet Telefon: Mail: <i>(Fler kontakter kan anges under upplysningar på nästa sida)</i> <input type="checkbox"/> Jag har gjort en egen intresseanmälan utan kontakt med min handläggare/ vårdgivare
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hur når vi dig?

Telefonsamtal SMS Mail Brev

Annat, t.ex. kontakt via anhörig:.....

Hur vill du helst bli kontaktad?

.....

Vad är syfte och målsättning med att delta i MIA?

Vad vill du att stödet från projektet ska leda till för dig?

Vad hoppas du som kontaktperson på myndighet att MIA kan göra för personen?

Vilket stöd behöver du från MIA-projektet för att kunna närma dig arbete eller studier?



Vilka erfarenheter har du från arbete och utbildning (sammanfattning)

Upplysningar av vikt (till exempel viktiga kontakter, tidigare/pågående insatser, hälsoproblem)

Inskrivnen AF

Ja Nej

Handläggare på AF

Inskrivningsdatum AF

Familjesituation

Ensamstående

Gift/Sammanboende

Barn under 18 år

Övrig information:

Svenska kunskaper

Tolkbehov ja nej

Språk:

Nuvarande försörjning (du kan ange flera försörjningsformer)

Samtycke till myndighetssamverkan

Jag medger att samverkande myndigheter Huddinge kommun, Botkyrka kommun, Salems kommun, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Stockholms läns landsting kan utbyta information om mig, vilket innebär att tystnadsplikten mellan dem upphävs.

Mitt samtycke gäller information som behövs för planerad rehabilitering, samverkan och uppföljning av insatserna. Det kan handla om mitt medicinska tillstånd, min sociala situation och anknytning till arbetsmarknaden.

Medgivande gäller under den tid som jag är aktuell i MIA-projektet. Jag kan när som helst återkalla mitt medgivande.

Datum

Namnteckning sökande

Namnförtydligande



Intresseanmälan sänds i original per post till MIA-projektet Huddinge kommun SÄF 141 85 Huddinge	Vid frågor kontakta Projektledare Maria Reed Telefon: 08-535 33 689 Mail: maria.reed@huddinge.se
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------