



AR-steget erbjuder arbetslivsinriktad rehabilitering som utgår från individens förutsättningar och behov för invånare boendes i stadsdelarna Centrum, Majorna-Linné eller Örgryte-Härlanda. Vi erbjuder individuell coachning och vägledning mot arbete eller studier samt strukturerade aktiviteter i grupp. AR-stegets aktiviteter organiseras för att förbättra hälsa och öka aktivitets- och arbetsförmåga. Som deltagare förväntas du svara ja på följande påståenden:

- *Jag vill börja arbeta eller studera inom ett år
- *Jag behöver stöd för att påbörja eller närma mig arbete eller studier
- *Jag är drogfri
- *Jag har etablerad kontakt med vården (om behov föreligger)

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnummer och postort:
Mobilnummer:	Mejladress:
<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Sjukersättning <input type="checkbox"/> Sjukpenning <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> Annat	
Vad är anledningen till att du vill börja på AR-Steget? (Bifoga gärna eventuella utredningar, läkarintyg mm.)	
.....	
.....	

Jag som intresseanmäler ovanstående person till AR-Steget är:

Namn: _____

Telefon: _____

Mejladress: _____

Samtycke

Jag är informerad om och samtycker till att sekretessen bryts mellan de samverkande parterna*. Det betyder att AR-steget får inhämta och utbyta nödvändig information om mig från dessa parter. Syftet är att underlätta kartläggningen och att samordna arbetslivsrehabiliteringen. Det skriftliga samtycket, den eventuella information som inhämtas från de samverkande parterna samt teamets arbetsanteckningar sparas i ett låsbart skåp på enheten. Endast teamets personal har tillgång till handlingarna. När vi avslutat kontakten och slutdokumentationen har skickats till de samverkande parterna, upphör samtycket att gälla och all befintlig information om dig makuleras. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke varefter ditt deltagande i AR-Steget avslutas och dina handlingar makuleras.

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____ Datum: _____

*) Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänsten, primärvården och psykiatrin.