



Intresseanmälan

DISA+ vänder sig till dig som är mellan 18 och 29 år med psykisk ohälsa eller psykiatrisk funktionsnedsättning. Du ska bo i någon av stadsdelarna Centrum, Majorna-Linné eller Örgryte-Härlanda.

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

Vänligen texta tydligt

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	

Jag som intresseanmäler ovanstående person till DISA+ är:

Namn: _____

Telefon: _____

Mejladress: _____

Samtycke

Jag är informerad om och samtycker till att sekretessen bryts mellan de samverkande parterna*. Det betyder att DISA+ 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 DISA+ avslutas och dina handlingar makuleras.

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____ Datum: _____

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