



## Intresseanmälan till insats i MIA Stockholms stad

### Deltagare

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	E-postadress	

### Anledning till intresseanmälan & val av insats

Mina mål (beskriv kort vilka mål du har har, vad du vill uppnå)
Mina styrkor
Eventuella svårigheter och stödbehov som du tycker är bra att insatsen i MIA känner till
Eventuella diagnoser/funktionsnedsättningar som du tycker är bra att insatsen i MIA känner till
Val av insats: kryssa för <u>vilken</u> insats du önskar delta i och beskriv varför. <input type="checkbox"/> Case management <input type="checkbox"/> Case management Narkolepsi <input type="checkbox"/> Arbetsträning på ett Arbetsintegrerande Socialt Företag (ASF) Beskriv varför du önskar vald insats:

### Handläggare/kontaktperson hos inremitterande part

Förnamn	Efternamn	Telefon
Myndighet/verksamhet	E-postadress	

**Deltagaren är idag aktuell på följande myndigheter/verksamheter**

Stockholms stad	Arbetsförmedlingen	Försäkringskassan	SLL/vårdgivare
-----------------	--------------------	-------------------	----------------

**Deltagaren har idag ersättning från/genom följande myndigheter/verksamheter (uppge typ)**

Stockholm stad	Arbetsförmedlingen	Försäkringskassan	Annat
----------------	--------------------	-------------------	-------

**Aktuella kontakter (som bör involveras i deltagarens planering)**

Namn	Profession, myndighet/verksamhet
Telefon	E-postadress
Namn	Profession, myndighet/verksamhet
Telefon	E-postadress
Namn	Profession, myndighet/verksamhet
Telefon	E-postadress
Namn	Profession, myndighet/verksamhet
Telefon	E-postadress

**Övrig information**

--

**Samtycke**

Jag samtycker till att min intresseanmälan skickas till MIA Stockholms stad, Heliosgatan 26, 120 30 Stockholm.

.....

Datum

.....

Underskrift

MIA Stockholms stad försäkrar att personuppgifter kommer att registreras först när deltagaren vid ett introduktionsmöte, har tackat ja till insatsen och skrivit på nödvändiga samtycken.