SKÖVDE

Ladda ner blanketten på din dator innan du fyller i den!

Rusta och Klargöra
Arbetsmarknadsenheten
Avdelning Vuxenutbildning och arbetsmarknad

Rusta och Klargöra

Deltagare

Personuppgifter, deltagare

Förnamn

Efternamn

Personnummer

E-post

Adress

Postnummer

Ort

Telefon

Vad förväntar du dig av ditt deltagande?

Vad bör vi veta om dig? Arbetslivserfarenhet, rutiner i din vardag, nätverk, intressen, annan erfarenhet etc.

Sfi-nivå

Välj nivå!

Ej aktuellt ☐

Vilken är din högsta fullbordade utbildning?

Välj högsta utbildningsnivå

Program/kurs/examen/inriktning: _____ **Poäng:** ____

Sökväg: Teams\Arbetsmarknadsenheten\Allmänt\Utveckling till arbete\Rusta & Klargöra – ansökan
Version 3\LAKI0906\VU\SMS\AVA\AME\2023-12-20

AME

Vilken offentlig försörjning har du idag?

Välj offentlig försörjning

Har du haft offentlig försörjning tidigare?

Ja/Nej?

Om du svarat Ja, hur många år?

Upp till _____ år **Ange om du har något annat stöd:** _____

Handläggare

Huvudhandläggare

Förnamn	Efternamn
Myndighet/organisation	Telefon
E-post	

Medhandläggare från annan myndighet/organisation

Förnamn	Efternamn
Myndighet/organisation	Telefon
E-post	

Beskriv kortfattat

Vad förväntar ni er av insatsen?
(Tydliggör syftet med insatsen, är deltagaren i första hand i behov av stärkande/rustande aktiviteter eller ligger fokus på att klargöra arbetsförmåga?

Vad behöver AME veta om deltagaren?

Har deltagaren provat annat innan?

Ja/Nej?

Om du svarat Ja – vad har deltagaren prövat innan? (Vad har fungerat bättre respektive sämre?)

Finns planering för deltagaren i väntan på start hos AME?

Ja/Nej?

Om du svarat Ja – vilken planering finns i väntan på start hos AME?

Har ansökan till annan insats gjorts? Ja/Nej?

Om ditt svar är Ja – till vilken insats/verksamhet? _____

Har deltagaren en pågående planering hos Arbetsförmedlingen? Ja/Nej?

Om ditt svar är Ja – behöver ansökan till insatsen hos AME förankras med Arbetsförmedlingen!

Aktuella kontakter

Arbetsförmedlingen	☐	Namn:
Försäkringskassan	☐	Namn:
Vårdcentralen/annan somatisk vård	☐	Namn:
Psykiatrin	☐	Namn:
Sektor socialtjänst – Skövde kommun	☐	Namn:

Övriga kontakter

(Exempel: boendestöd, god man, kontaktperson etc.)

Typ av kontakt	Namn	Telefon

Övrigt som kan vara av betydelse

Skicka din ansökan till arbetsmarknadsenheten på följande adress

Adress
Arbetsmarknadsenheten
Ansökan "Rusta & klargöra"
Kylarvägen 1B
549 37 Skövde

Tack för din ansökan!