

**Ansökan
inkom/sign****Information om personuppgifter**

Uppgifterna som du lämnat kommer registreras elektroniskt. Det är endast personal som arbetar med ditt ärende som får ta del av informationen. All personal har sekretess, vilket innebär att uppgifter om dig inte får lämnas ut till någon obehörig. Uppgifterna behandlas enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204).

Deltagare

Namn	Personnummer
Adress	Telefon/Mobil
Postadress	E-post

Inkomst

<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd	<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Sjukpenning	<input type="checkbox"/> A-kassa	<input type="checkbox"/> Lön
<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd	<input type="checkbox"/> Sjukersättning	<input type="checkbox"/> Rehabersättning	<input type="checkbox"/> Annan	<input type="checkbox"/> Annan

Myndighetskontakter

Myndighet	Handläggare och kontaktuppgifter
Arbetsförmedlingen	
Försäkringskassan	
Sjukvård	
Psykiatri	
Kriminalvården	
Kommunala kontakter	Handläggare och kontaktuppgifter
Försörjningsstöd	
Boendestöd	
Familjeenheten	
Vuxenenheten	
Övrigt	

Deltagarens bakgrund och nuläge

Kort information om deltagarens bakgrund, samt nuläge (t.ex. medicinska hinder, sjukskrivning, diagnoser, fysiska eller psykiska hinder, missbruksproblem, språkhinder, ohälsa och övrig information).

Civilstånd:	Ordnad barnomsorg Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ej aktuellt <input type="checkbox"/>
Är du sjukskriven? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<i>Om ja, när blev du sjukskriven?</i>

Körkort Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Minderåriga barn (under 18 år) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Kan du prata, skriva, läsa och förstå Svenska? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kan du läsa och förstå svenska? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kan du skriva på svenska? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Modersmål: Andra språkkunskaper:
Datorvana Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<i>Om ja, vilka operativsystem (Windows, Linux) samt program (t ex Word, Excel) är du van att arbeta i?</i>

Utbildningsbakgrund (i och utanför Sverige)

Påbörjade studier <input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Gymnasiestudier <input type="checkbox"/> Högskola/Universitet <input type="checkbox"/> Andra eftergymnasiala studier
Avslutade studier <input type="checkbox"/> Grundskola <input type="checkbox"/> Gymnasiestudier <input type="checkbox"/> Högskola/Universitet <input type="checkbox"/> Andra eftergymnasiala studier
Om högre än grundskola, vilken inriktning/ämne? _____
Fattas kurser för att göra klart i din utbildning? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<i>Om ja, vad behöver läsas till?</i> _____

Arbetslivserfarenhet

Vilket var ditt senaste arbete och under vilken period?	
Sammanlagd arbetstid under de senast fem åren?	
Inom vilken bransch/branscher har du jobbat?	
Vilka praktikplatser har du haft?	
Vilka kompetenshöjande verksamheter har du deltagit i?	
Vad vill du arbeta med?	

Finns det något RAMS behöver känna till, som kan inverka på ditt deltagande?**Vad behöver du hjälp med?**

Kort information om det finns särskilt stöd du behöver och vilka insatser som önskas. Ange även uppskattad veckoarbetstid (hur många dagar, och timmar per dag, i veckan klarar du att vara i aktivitet).

Följande kriterier skall vara uppfyllda för att delta i RAMS (Kryssa i om uppfyllt):

- Ett ordnat boende
- Ordnad barnomsorg (om detta är relevant)
- Ordnad försörjning
- Möjligheter att ta sig till och från RAMS
- Ej ha ett pågående missbruk
- Relevant språkförståelse för att tillgodogöra sig verksamheten
- Närvaro i verksamheten enligt överenskommelse
- Ha medverkat till att upprätta ansökan och godkänt denna med underskrift

Samtycke

Jag, deltagaren, samtycker till att ovanstående myndigheter och RAMS, får ta del av journal, handlingsplan och kartläggning samt diskutera information om mig.

Deltagarens underskrift

Datum och ort

Underskrift

Ort och datum: _____

Underskrift deltagare_____
Underskrift handläggare_____
Namnförtydligande_____
Namnförtydligande**Remittent**

Ansvarig myndighet

Handläggare

Telefonnummer

E-post

Uppdrag till RAMS

Kort information om vilket stöd deltagaren behöver och vilka insatser som önskas. Ange även uppskattad veckoarbetstid.

Ansökan skickas till:

RAMS
Eriksdalsgatan 12
511 62 Skene

Aktuell insats (Fylls i av RAMS)