



Kinda
kommun

Kinda lärcentrum
Arbetsmarknadsinsatser

Intresseanmälan till C-sam i Kinda kommun

C-sam är en del av arbetsmarknadsinsatser där du erbjuds stöd utifrån dina individuella förutsättningar för att bli mer redo för ett arbete eller studier. För att kunna delta så behöver du ha en pågående kontakt med Region Östergötland och få en ersättning från Försäkringskassan eller ett ekonomiskt bistånd från Kinda kommun. Intresseanmälan fylls i av dig tillsammans med den person som du har kontakt med (remittent) antingen inom Kinda kommun, Region Östergötland eller Försäkringskassan.

Det är dina individuella förutsättningar och mål som avgör vilken/vilka insatser som är aktuella. I de arbetsförberedande aktiviteterna kan du få arbeta i din egen takt och utifrån din egen förmåga med olika sorters arbetsuppgifter. Uppgifterna anpassas utifrån dina förutsättningar.

Ansökan skickas till:

Kinda lärcentrum, Kinda Kommun
Box 1, 590 40 Kisa

Märk kuvertet med "Intresseanmälan C-sam i Kinda kommun"

Fyll i alla fält nedan

Datum: _____

Personuppgifter*

Namn: _____

Personnummer: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

*Kinda kommun behandlar personuppgifter om dig enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Informationen lagras och behandlas av ansvarig nämnd. Du kan läsa mer om kommunens behandling av personuppgifter på www.kinda.se/kommunens-behandling-av-personuppgifter.

Jag samtycker till att personal på Kinda lärcentrum och min handläggare, samt personal/verksamheter som anges i intresseanmälan kan utbyta information som är relevant för min intresseanmälan. Gäller max i tre månader eller tills intresseanmälan är färdigbehandlad.

Vad är ditt mål med att delta i C-sam?

Vilket stöd behöver du för att bli mer redo för arbete eller studier?

Något annat som du tycker är viktigt för oss att känna till?

Hur får du din försörjning idag?

Vilka har tagit initiativ till insatsen?

Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan

Kinda kommun

Region Östergötland

Annan vårdgivare:

Remittent 1

Namn: _____

Yrkesroll: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Remittent 2

Namn: _____

Yrkesroll: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Underskrift remittent 1

Datum _____

Namn _____