

## Ansökan

Arbetsmarknadscenter – En väg in

**Ansökan skickas till:**Arbetsmarknadscenter,  
Kompetens- och arbetslivsförvaltningen  
Falköpings kommun  
521 81 FALKÖPING

## Sökanden

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Postnummer och postadress:
Epostadress:	Telefon/mobilnummer:
Namn till närmast anhörig:	Telefonnummer närmast anhörig:

**Varför söker du till Arbetsmarknadscenter? (Du kan välja flera alternativ)**

<input type="checkbox"/> Jag önskar stöd med yrkesvägledning	<input type="checkbox"/> Jag önskar göra en fördjupad kartläggning av vilken typ av stöd jag behöver
<input type="checkbox"/> Jag önskar stöd med studievägledning	<input type="checkbox"/> Jag behöver klargöra min arbetsförmåga
<input type="checkbox"/> Jag önskar hjälp med CV och personligt brev	<input type="checkbox"/> Jag behöver en utredning av arbetsterapeut
<input type="checkbox"/> Jag önskar en praktikplats	<input type="checkbox"/> Övrigt:

## Arbete/sjukskrivning

<input type="checkbox"/> Arbetslös/sjukskriven mindre än 6 månader	<input type="checkbox"/> Arbetslös/sjukskriven 13-24 månader
<input type="checkbox"/> Arbetslös/sjukskriven 7-12 månader	<input type="checkbox"/> Arbetslös/sjukskriven mer än 24 månader

**Är det något vi behöver veta om dig?**

----------------------

Modersmål: \_\_\_\_\_

**Har du läst på SFI?**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> C
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> D

**Om Ja, till vilken nivå?**

**Körkort**

Nej	Ja, Vilket?
-----	-------------

**Vilken inkomst har du idag?**

<input type="checkbox"/> Sjukpenning	<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd (socialbidrag)
<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd (socialbidrag) + annan ersättning
<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd	

**Aktuella kontakter:**

Arbetsförmedlingen	Namn:
	Telefonnummer:
	Epost:
Försäkringskassan	Namn:
	Telefonnummer:
	Epost:
Falköpings kommun, Individ- och familjeomsorgen	Namn:
	Telefonnummer:
	Epost:
Falköpings kommun, Stöd och försörjning	Namn:
	Telefonnummer:
	Epost:
Psykiatrin	Namn:
	Telefonnummer:
	Epost:
Vårdcentralen/Annan somatisk vård	Namn:
	Telefonnummer:
	Epost:
Övriga kontakter: (Boendestöd, god man, personligt ombud, kontaktperson etc. )	Namn:
	Telefonnummer:
	Epost:

## **Samtycken**

### ***Sekretess***

För att kunna samverka mellan olika myndigheter krävs att du medger att information om dig får lämnas mellan dem som ingår i samverkan.

Med information kan avses: ekonomisk situation, social situation (privat och arbetsmässig), tidigare arbeten/sysselsättningar, hälsotillstånd och nuvarande situation på arbetsmarknaden. När du undertecknar detta papper ger du din tillåtelse till att de olika aktörerna i samverkan får utbyta information som behövs för att underlätta din väg till praktik/ studier eller arbete.

I samverkan ingår Falköpings kommun, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Västra Götalandsregionen.

### ***VIVA***

VIVA är Arbetsmarknadsenhetens system för dokumentation, uppföljning och statistik över deltagare i de verksamheter/projekt som finns hos Arbetsmarknadsenheten (AME). Jag ger mitt samtycke till att mina personuppgifter och dokumentation av det som sker under tiden hos AME registreras i VIVA.

Det kan vara känsliga uppgifter (exempelvis gällande min hälsa) om de är relevanta för deltagandet på AME. Uppgifterna lagras i systemet i 5 år innan de förstörs.

Detta samtycke gäller från och med underskriftens datum till dess att kontakten med arbetsmarknadsavdelningen avslutas, eller samtycket återkallas av dig.

**Information och tillgång till personuppgifter enligt artikel 13 dataskyddsförordningen**

Kompetens- och arbetslivsnämnden är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter enligt ovan.

Kontaktuppgifter är: Lärcenter, Falköpings kommun, 521 81 Falköping. Kontaktuppgifter till dataskyddsombud, [dataskydd@falkoping.se](mailto:dataskydd@falkoping.se)

Personuppgifter ska behandlas för det ändamål som anges i samtyckena ovan. De kategorier av personuppgifter som behandlas är endast de som anges i samtyckena ovan.

Den rättsliga grunden för behandling är samtycke. Du har enligt dataskyddsförordningen artikel 15 rätt att gratis, vid ett tillfälle, erhålla besked om huruvida uppgifter behandlas om dig och en kopia av de personuppgifter om dig som är under behandling. För ytterligare kopior kan avgift komma att utgå

artikel 16 rätt att begära rättelse samt radering av personuppgifter

enligt artikel 17 begräsning av behandling som rör dig och att invända mot behandling

enligt artikel 20 begära dataportabilitet

Observera att rätten till radering innehåller flera begränsningar i artikel 17,3./Du har rätt att återkalla samtycke/Du har rätt att inge klagomål till Datainspektionen

---

Ort

Datum

---

Namn

Personnummer

---

Namnförtydligande

**Handläggare** (ifylls av huvudhandläggaren)**Huvudhandläggare**

Namn:	Myndighet/organisation:
Epostadress:	Telefon/mobilnummer:

Vad förväntar ni er av insatsen?

Vad behöver arbetsmarknadscenter veta om den deltagare som ansöker?

Vad har den deltagare som söker prövat innan?

Vilken planering finns i väntan på start hos Arbetsmarknadscenter?

Dessa underlag bifogas ansökan:

Är deltagaren inskriven på ett beslut hos Arbetsförmedlingen som medger merkostnadsersättning för Arbetsmarknadscenter? (endast AF)

 Ja    Nej Vilket beslut?