



## VADSTENA

### Förfrågan om plats för arbetsförberedande insatser och annan sysselsättning.

Vadstena har en gemensam plattform för arbetsprovning och sysselsättning. Vid behov av plats, använd denna förfrågan. När förfrågan inkommer så fördelas den inom ett team med representanter från kommunens verksamheter som tillhandahåller sysselsättning och praktik inom kommunens verksamhetsområde. Efter fördelning kontaktas sökande och handläggare för gemensam planering.

Förfrågan fylls i gemensamt av sökande och ansvarig handläggare.

---

#### Arbetsförmedlingen

- |  |                               |  |
|--|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Arbetsprovning                        | <input type="checkbox"/> Lyft | <input type="checkbox"/> Förstärkt arbetsträning   |
| <input type="checkbox"/> Jobb- och utvecklingsgarantin Fas II  |                               | <input type="checkbox"/> Jobbgarantin för ungdomar |
| <input type="checkbox"/> Jobb- och utvecklingsgarantin Fas III |                               | <input type="checkbox"/> Annat                     |

Tidsperspektiv (veckor, månader) \_\_\_\_\_

---

#### Vadstena Kommun

- Kompetenshöjande insatser i syfte att stärka förutsättningarna att komma ut i arbete / egen försörjning
- Sysselsättning som en del i en behandlingsplan
- Daglig verksamhet / Sysselsättning enligt LSS eller SoL

Tidsperspektiv (veckor, månader) \_\_\_\_\_

---

#### Annan

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan          | <input type="checkbox"/> Landstinget                 |
| <input type="checkbox"/> Bedömning av arbetsförmåga | <input type="checkbox"/> Som en del i rehabilitering |

Tidsperspektiv (veckor, månader) \_\_\_\_\_

---

Förfrågan skickas till: Vadstena Kommun, 592 80 Vadstena

Vid frågor kontakta:  
Arbetsmarknadsenheten  
010-234 71 02

Sökande

Namn \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

Gatuadress \_\_\_\_\_ Postnr \_\_\_\_\_

Tel. hem \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Syfte med praktik/sysselsättning \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuella svårigheter eller begränsningar som ska beaktas vid val av plats \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Önskemål om plats \_\_\_\_\_

Antal timmar vid uppstart \_\_\_\_\_

Skriftlig bedömning önskas. ( Ersätter INTE ordinarie uppföljningar som sker minst var sjätte vecka, undantaget sysselsättning enligt SoL, eller daglig verksamhet via LSS)

Undertecknas av sökande och handläggare:

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sökande

\_\_\_\_\_  
Handläggare

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

---

Förfrågan skickas till: Vadstena Kommun, 592 80 Vadstena

Vid frågor kontakta:  
Arbetsmarknadsenheten  
010-234 71 02