**Gemensam Kraft är samverkan mellan kommunerna Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby och Östra Göinge samt Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen**

Gemensam Krafts målsättning är att erbjuda personer som idag inte har möjlighet till någon aktivitet att gå från att vara passiva till aktiva och på så sätt närma sig arbetsmarknaden. Målet är också att utveckla effektiva och mätbara metoder för stegförflyttning samt utveckla möjlighet till parallella aktiviteter enligt BIP.

Arbetsmarknadsenheterna i Skåne Nordosts kommuner är väletablerade och uppbyggda för att arbeta med individer som står långt ifrån arbetsmarknaden och som av olika anledningar (sociala, fysiska och/eller psykiska) inte når progression mot arbete och egen försörjning. De lokala arbetsmarknadsenheterna erbjuder idag arbetslivsinriktade aktiviteter och övningsplatser samt arbetsträningsplatser.

**Du anmäler ditt ärende till Gemensam Kraft** genom att fyllai blanketten nedan och skicka med post till aktuell kommuns arbetsmarknadsenhet. Du kan även maila och skriva att en anmälan är skickad, så får du svar inom en vecka.

Är det något du undrar över är du alltid välkommen att höra av dig till kontaktperson för den aktuella kommunen:

**Adress och kontaktperson till aktuell kommuns arbetsmarknadsenhet:**

**Bromölla**: linda.wefring@bromolla.se; 0456-82 20 40

Adress: Bromölla kommun, Box 18, 295 21 Bromölla

**Hässleholm**: arbetsmarknadsenheten@hassleholm.se; 0451-26 70 68

Adress: Gemensam Kraft, Arbetsmarknadsenheten, Kasernvägen 2-4, 281 35 Hässleholm

**Kristianstad**: Lena Rumander Ekenheim lena.rumander@kristianstad.se , 0738–532403

Adress: Lena Rumander Ekenheim, Arbete och Välfärdsförvaltningen, Matchningsgruppen, 291 80 Kristianstad

**Osby**: Zara Evasdotter kompetensa@osby.se , 0709–888570

Adress: Zara Evasdotter, Kompetensa, Västra Storgatan 35, 283 80 Osby

**Östra Göinge**: Jenny Nilsson Jenny.Nilsson2@ostragoinge.se 044 –775 67 92
Adress: Jenny Nilsson AME, Box 66, 289 03 Broby

**Anmälan till Gemensam Kraft**

**Deltagarens namn:**

**Personnummer:**

**Kontaktuppgifter**

**Tel:**

**Mail:**

**Hur många timmar aktivitetsförmåga/arbetsförmåga som ska uppnås:**

**Bakgrund-**sammanfattning kring hälsa, arbetsmarknadserfarenhet/kompetens, livssituation:

**Faktorer att ta hänsyn till:** (*tex*. a*rbetsutbud*, *hälsa/hinder/parallella insatser, anpassningar, framtida planering/önskemål*:)

**Beställande handläggare:**

**Myndighet:**

**Telefon:**

**Mail:**

**Datum för anmälan:**