

INSATS INOM RAMEN FÖR TLO-KL

ÄRENDENUMMER*

Finns i beskedet om föransökan, organisationsnummer och löpnummer enligt XXXXXXXXXXX-000X

KONTAKTUPPGIFTER

ARBETSGIVARE

Arbetsgivare*

Organisationsnummer*

ANSVARIG FÖR INSATSEN HOS ARBETSGIVAREN

Namn*

Befattning*

Telefon*

E-postadress*

INSATS

TYP AV INSATS

Kompetensutveckling

Stärka kompetensen för enskilda anställda eller grupper av anställda för att möta behoven hos arbetsgivaren och behålla arbetstagarnas anställningsbarhet på arbetsmarknaden.

Ohälsa

Medarbetare som inte kan återgå i befintlig anställning men har en konstaterad arbetsförmåga efter avslutad rehabilitering erbjuds omställningsstöd i syfte att få kompetens för annan tjänst.

Stödsamtal/coaching

Till exempel utbildning och stöd för chefer i det svåra samtalet och hantering av en arbetsbristsituation och/eller enskilda samtal till medarbetare som arbetar inom verksamhet som är föremål för arbetsbrist.

INSATS SOM SKA GENOMFÖRAS*

Namn på insats/kort beskrivning av insatsen

SYFTE MED INSATSEN*

Beskriv kort insatsens syfte

PERIOD FÖR GENOMFÖRANDE

Ungefärligt start- och slutdatum för insatsen

Startdatum*

Slutdatum*

LEVERANTÖR*

Ange vem som genomför insatsen

Leverantör*

Organisationsnummer*

BUDGETERAD KOSTNAD FÖR INSATSEN*

Ange om kostnaden är inkl. eller exkl. moms

EVENTUELLA INTERNA KOSTNADER SOM NI AVSER SÖKA MEDEL FÖR

Övriga interna kostnader som arbetsgivaren står för behöver ej anges

DELTAGARE

Berör insatsen enskilda personer ska dessa anges i bilagan med *födelsedatum*, *namn*, *kön* samt *AID-kod*. **Se bilaga.**

ÖVRIGT

Sparas och mejlas tillsammans med eventuell deltagarförteckning till admin@omstallningsfonden.se