



SAMTYCKE TILL INFORMATIONsutbyte

vid deltagande i insatser hos Samordningsförbundet Väst

Jag samtycker till att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Socialtjänsten, Primärvården och Psykiatri, samt personal som arbetar med uppdrag finansierade av Samordningsförbundet Väst samverkar kring mina rehabiliteringsbehov. Jag medger därför att representanter för dessa organisationer får utbyta information om mig och ta del av dokument, journalhandlingar och muntlig information utan hinder av sekretess.

Samtycket gäller endast information som är relevant för att de samverkande myndigheterna ska kunna hjälpa mig i min arbetslivsinriktade insats. Jag medger även att man vid behov får inhämta information hos arbetsgivare, handledare och/eller utbildningsanordnare.

Det kan således handla om uppgifter om hälsotillstånd, arbetsförhållanden, tidigare rehabiliteringsinsatser, expertutlåtanden, sociala och ekonomiska förhållanden, tidigare utredningar och liknande.

Samtycket gäller från och med underskriftens datum nedan till dess att jag avslutas i insatser inom Samordningsförbundet Väst.

Samtycket kan när som helst återkallas av mig, utan särskild motivering.

Vissa av insatserna inom Samordningsförbundet Väst följs upp gällande sysselsättning och försörjning 6 månader och 2 år efter avslut.

All statistik och uppföljning inom Samordningsförbundet Väst redovisas numerärt och anonymt.

Mina kontaktuppgifter får sparas i max 3 år och jag samtycker till att jag kan komma att kontaktas för uppföljning.

Mina kontaktuppgifter får inte sparas och jag får inte kontaktas för uppföljning efter avslutat insats.

Jag har tagit del av ovanstående och ger mitt samtycke.

Personnummer

Namn (textat)

Ort och datum

Underskrift