



Samtycke för samordnade insatser

att lyfta sekretessen från involverade parter gällande personen:

Namn	Personnummer								
Utdelningsadress	Postnummer och Ort								
Försörjning <input type="checkbox"/> A-kassa <input type="checkbox"/> Försörjningsstöd <input type="checkbox"/> Ersättning från Försäkringskassa <input type="checkbox"/> Annat									
<p>Samtycket innebär:</p> <p>Att Du ger Ditt medgivande till involverade handläggare från Arbetsförmedlingen, Kommunen, Försäkringskassan och Hälso- och sjukvården (även privata vårdgivare) att lämna uppgifter om Dig till varandra för samverkansinsats för rehabilitering.</p> <p>Handläggare har sekretess, vilket innebär att de inte får tala om Dig eller Ditt ärende.</p> <p>Personuppgifter behandlas bara om det finns laglig grund. För att parterna ska kunna samordna insatser och, tillsammans med Dig göra en SAMSIP, behövs ditt samtycke.</p> <p>Samtycke enligt Dataskyddsförordningen GDPR om hantering av personuppgifter. Deltagande kan innebära att vissa personuppgifter registreras för vårt arbete. Du har rätt att veta på vilket sätt dina uppgifter används och du kan när som helst återta ditt samtycke. Statistik är avpersonifierad.</p> <p>Jag har tagit del av ovanstående information och godkänner att nämnda uppgifter om mig får lämnas mellan involverade handläggare från arbetsförmedlingen, försäkringskassan, kommunen och hälso- och sjukvården om det är nödvändigt för arbetet med min arbetslivsinriktade rehabilitering.</p> <p>.....</p> <table><tr><td>Ort och Datum</td><td>Namn</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>Personnummer</td><td>Underskrift</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td></tr></table>		Ort och Datum	Namn	Personnummer	Underskrift
Ort och Datum	Namn								
.....								
Personnummer	Underskrift								
.....								