

## Samtycke för deltagande i SAMSIP

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><b>Samtycket innebär:</b></p> <p>Utgångspunkten är att Du och Dina uppgifter är skyddade av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen vilket innebär att handläggare från olika myndigheter inte får prata om Dig eller Ditt ärende med någon utanför deras egen myndighet.</p> <p><b>Denna sekretess kan hävas av Dig om Du ger ditt samtycke till att parterna tillsammans med Dig träffas för att göra en SAMSIP samt för att kunna samordna insatser.</b></p> <p>Utan samtycket kan Du inte delta i en samordnad arbetslivsinriktad rehabilitering.</p> <p>Samtycket är till för att involverade handläggare från Arbetsförmedlingen, Kommunen, Försäkringskassan och hälso- och sjukvården (även privata vårdgivare) ska ges möjlighet att lämna uppgifter om Dig till varandra inom den samordnade insatsen.</p> <p>Samtycke avser endast information om Dig som är nödvändig för att hjälpa Dig i Din väg mot arbete, studier eller annan sysselsättning.</p> <p>Ingen annan information kommer att delas av handläggarna om Dig.</p> <p><b>Jag har tagit del av ovanstående information och godkänner</b> att nämnda uppgifter om mig får lämnas mellan involverade handläggare från Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Kommunen och hälso- och sjukvården.</p> <p>Jag är medveten om att jag när som helst kan återta mitt samtycke, vilket då innebär ett avslut i den samordnade insatsen.</p>	
.....	.....
<b>Ort och Datum</b>	<b>Namn</b>
.....	.....
<b>Personnummer</b>	<b>Underskrift</b>