

Samtycke till att utbyta information

Samtycke bifogas med**Remiss:** ☐**Konsultation:** ☐

Inlämnad av myndighet: _____

Handläggare/kontaktperson, befattning: _____

Samtycke gällande samverkande insats eller konsultation

Insats RESA är en aktiv fyrparts-samverkan mellan Torsås kommun, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Region Kalmar län för att korta vägarna för den enskilde mot arbetslivet eller till rätt ersättning.

Den information som finns om dig på respektive myndighet omfattas av sekretess och ditt samtycke behövs för att vi ska kunna utbyta nödvändig information om dig.

Insats RESA behöver ditt samtycke till att häva sekretess på vissa uppgifter i samband med din planering:

Exempel på uppgifter som kan bli aktuella:

- Sociala och ekonomiska förhållanden
- Hälsotillstånd – psykiskt och fysiskt
- Tidigare utredningar
- Utlåtanden t ex medicinska utlåtanden
- Tidigare och pågående rehabiliteringsinsatser
- Tidigare studie- och arbetsförhållanden
- Tidigare arbetsmarknadsåtgärder
- Annat _____

Endast uppgifter som är nödvändiga för att ge dig bästa möjliga stöd får delas. För övriga uppgifter gäller fortfarande sekretess.

Hur länge gäller samtycket?

Samtycket gäller från den dag du skriver under blanketten till dess att gällande planering och uppdrag är klart.

Du kan när som helst återkalla ditt samtycke som då upphör att gälla. Det gör du genom att kontakta Insats RESA.

Inkom till RESA:

Samtycke till att utbyta information

Personuppgifter

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Jag samtycker till att nedan nämnda aktörer får utbyta den information om mig som dom finner nödvändig för att samordna min planering. Samverkanspartnerna som insatsen RESA samverkar med:

Torsås kommun Socialförvaltningen

Annat verksamhetsområde Kalmar kommun: _____

Annat verksamhetsområde Kalmar kommun: _____

Arbetsförmedlingen

Försäkringskassan: Sjukförmåner, ex sjukpenning, aktivitetsersättning, sjukersättning

Annan förmån inom Försäkringskassan: _____

Region Kalmar län: Vuxen Psykiatri/Primärvården

Hälsocentral: _____

Annan mottagning inom Region Kalmar län: _____

Annan mottagning inom Region Kalmar län: _____

➤ Annan part: _____

➤ Annan part: _____

Undertecknad lämnar härmed sitt samtycke till att relevant och behövlig information får utbytas mellan samverkanspartnerna i insatsen RESA. Jag medger även att mina personuppgifter får samlas in, behandlas och lagras inom ramen för insatsen i enlighet Dataskyddsförordningen (GDPR).

Underskrift

Namnteckning: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____

Konsultation/Remiss**och *BESLUT om insats** (Beslut om insats tas i samråd med anvisad myndighet)*Remissen/konsultationen gäller denna person*

Namn:	Personnummer:
Samtycke finns: Ja Nej	Datum för samtycke:

**Myndighet som anvisar (beslut)*

Myndighet:	Handläggare/profession:
Telefon nr:	E-post:
Beslut om insats i samråd:	Fr.om: Tom:

Övriga myndigheter eller kontakter av vikt: (t.ex. Frivård, socialtjänst m.m.)

Myndighet:	Namn och telefon på kontakt:
Myndighet:	Namn och telefon på kontakt:

Avsikt med remissen/konsultationen

Frågeställning/syfte: (vad vill jag ha reda på, hur kan insatsen hjälpa till?)
Kort bakgrund kopplat till remissen/konsultationen:
Övrig information som kan vara bra att veta:

Ort och datum: _____

Klientens underskrift: _____

Närstående/Förmyndarens underskrift: _____