

Samtycke till informationsutbyte i FINSAM-beredningsgrupp

Enligt offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 2009:400 – för att bryta sekretess mellan myndigheter och vårdpersonal

För att kunna ge stöd i en samordnad rehabilitering är det ibland nödvändigt att bryta sekretessen mellan myndigheter. Detta regleras i offentlighets- och sekretesslagen (OSL). Lagen reglerar vilka handlingar som är offentliga och som allmänheten kan ta del av, och vilka som är sekretessbelagda, d v s vilka som inte får lämnas ut.

I kap 10, 1 § OSL framgår det att en enskild kan bryta sekretessen genom ett samtycke; att sekretess till skydd för en enskild inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan enskild eller till en myndighet, om den enskilde samtycker till det.

För att kunna ge dig rätt stöd kan myndigheter och vårdpersonal behöva utbyta information om dig. För att kunna göra det behövs ditt samtycke. Den information som lämnas mellan myndigheter och vårdpersonal är begränsad och syftar till att rehabiliteringen ska fungera effektivt för dig. Det är frivilligt att lämna samtycke, och du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke.

Om du har ett pågående ärende hos Försäkringskassan kommer en handläggare från Försäkringskassan att ta kontakt med dig för att hämta in samtycke. Detta för att Försäkringskassan ska kunna dela information om dig med parterna i samtycket.

Informationen som lämnas kan handla om:

- ditt hälsotillstånd
- arbetsförhållanden
- rehabiliteringsinsatser
- arbetsträning
- sociala och ekonomiska förhållanden
- tidigare utredningar, och
- medicinska utlåtanden

Ditt samtycke förvaras i original hos den myndighet/part som du skriver under samtycket hos/med. Kopior på samtycket kommer att delges de samverkansparter samtycket gäller. Även du själv får en kopia på samtycket i samband med underskrift.

Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke, vilket innebär att myndigheter och vårdpersonal inte längre får utbyta information om dig. Du tar tillbaka ditt samtycke genom att kontakta den handläggare eller den behandlare inom vården som anmält dig till en beredningsgrupp hos Samordningsförbundet i Sollefteå.

Samtycke till informationsutbyte i FINSAM-beredningsgrupp Enligt offentlighets- och sekretesslagen (OSL) 2009:400 – för att bryta sekretess mellan myndigheter och vårdpersonal

Verksamheterna inom Samordningsförbundet Sollefteå bygger på samverkan mellan Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Sollefteå kommun och Region Västernorrlands hälso- och sjukvård. Samtycket gäller endast information som behövs för att de samverkande myndigheterna ska kunna hjälpa mig i min samordnade arbetslivsinriktade rehabilitering. Samtycket gäller under tiden jag är aktuell i en insats i Samordningsförbundet Sollefteå.

Namn:	Personnummer:
Adress:	
Postnummer och ort:	Telefonnummer

Jag samtycker till att sekretessen bryts mellan myndigheter och vårdpersonal för att utbyta nödvändig information om mig för att kunna erbjuda mig samordnade insatser via Samordningsförbundet i Sollefteås-beredningsgrupp.

Samtycket till informationsutbytet gäller:

- i samband med gemensamma beredningsgruppsmöten
- i samband med uppföljning för att följa upp den gemensamma planeringen
- under tiden som jag får stöd via Samordningsförbundet Sollefteå, och/eller
- deltar i annan insats via Samordningsförbundet Sollefteå t ex arbetsträning

Samtycket gäller som längst 18 månader från det datum som jag skrev under det och det gäller informationsutbyte mellan:

- Försäkringskassan (gällande att information kan lämnas till Försäkringskassan)
- Arbetsförmedlingen
- Hälso- och sjukvården inom Region Västernorrland
- Sollefteå kommun: Arbetsmarknadsenheten, Socialtjänsten, Vuxenutbildningen
- Annan t ex handledare på en arbetsträningsplats
- Arbetsträningsansvarig

Jag vet att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill.

Namnteckning

Datum



Jag som anmäler mig

För-och efternamn	
Adress	Personnummer
Telefonnummer	E-postadress
Jag föredrar att bli kontaktad via: Telefonsamtal <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/>	
Tolkbehov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, språk:	
Anmälände part ansvarar för bokning och finansiering av tolk.	
Aktuell försörjning (kryssa i vad som gäller för dig):	
<input type="checkbox"/> Aktivitetsstöd	<input type="checkbox"/> Försörjningsstöd
<input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning	<input type="checkbox"/> Sjukpenning, omfattning _____%
<input type="checkbox"/> Sjukersättning, omfattning _____%	<input type="checkbox"/> Ingen offentlig försörjning/saknar inkomst
Annat: _____	

Mina myndighets- och sjukvårdskontakter
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen
<input type="checkbox"/> Försäkringskassan
<input type="checkbox"/> Socialtjänst, försörjningsstöd
<input type="checkbox"/> Socialtjänst, vuxenheten
<input type="checkbox"/> Funktionsstöd/LSS
<input type="checkbox"/> Funktionsstöd/boendestöd
<input type="checkbox"/> Personligt ombud
<input type="checkbox"/> Vårdcentralen
<input type="checkbox"/> Psykiatrimottagning
<input type="checkbox"/> Beroendemottagning
<input type="checkbox"/> Övrig sjukvård: _____
<input type="checkbox"/> Frivården
<input type="checkbox"/> Annan: _____



Jag vill börja arbeta eller studera.

Ja

Nej

Jag behöver stöd för att påbörja eller närma mig arbete eller studier.

Ja

Nej

Jag har en psykisk ohälsa som kan påverka mig i ett arbete.

Ja

Nej

Jag är arbetslös och har ingen anställning.

Ja

Nej

Jag har en beroendeproblematik.

Ja

Nej

Vid ja svar: Jag får professionellt stöd för att hantera denna

Ja

Nej

Det här vill jag ha hjälp med:

Är det mer som du vill att vi ska känna till om dig?

Pågående insatser (hos samordningsförbundet eller andra myndigheter): Ja Nej

Om Ja, ange vilka _____

Tidigare insatser som gjorts (utredningar, behandlingar, etc): Ja Nej

Ange vilka _____

Handläggare/vårdkontakt som anmäler tillsammans med mig

Namn:	Telefon:
E-postadress:	
Samverkanspart:	
Är du handläggare på försörjande myndighet? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Om svar nej, var god kontakta handläggare på försörjande myndighet innan intresseanmälan görs samt ange kontaktuppgifter här nedan.	
Namn:	Telefon:
E-postadress:	
Dagens datum:	
Underskrift (jag som anmäler mig)	Underskrift (anmälande samverkanspart)

Intresseanmälan kan endast behandlas om signerat samtycke finns bifogat.

Intresseanmälan och samtycke i original ska lagras hos den myndighet/part som tillsammans med den enskilde anmäler intresse. Handläggare som lyfter ärendet äger ansvar för samtyckets förvaring hos den egna myndigheten/organisationen.

Kopia lämnas till den enskilde samt tas med till beredningsmötet för delgivning till respektive samverkanspart.