# **Remittering till Samkraft** Dnr:BN 2023/405

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Personnummer** |
| **Adress** | **Postnummer** | **Postadress** |
| **E-post** | **Telefonnummer** |

Remitterande myndighet, samt handläggares kontaktuppgifter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andra inkopplade myndigheter (ev. handläggares namn och kontaktuppgifter): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Samtycke till hävande av sekretess mellan myndigheterna i Samkraft

Jag samtycker till att Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan,Kramfors kommun *(Socialtjänsten och Arbetsmarknadsenheten)* ochRegion Västernorrland *(Hälsocentral, Psykiatri och Habilitering)* via Samordningsförbundet i Kramforsdelar information, enligt vad som är angivet på informationsbladet på nästa sida, för att samverka kring mig och mina behov. Samtycket innebär att berörda parter får registrera och dokumentera för ärendet relevanta uppgifter gällande mig, samt utbyta den information om mig som anses nödvändig för att kunna erbjuda samordnade insatser.\* Samtycket gäller så länge jag deltar i Samkraft och upphör vid avslut eller när jag tar tillbaka samtycket. Jag kan när jag vill ta tillbaka detta samtycke.

*\*Har du ett pågående ärende hos Försäkringskassan kommer en handläggare att ta kontakt med dig för att inhämta samtycke. Detta för att Försäkringskassan ska kunna dela information om dig med parterna i samtycket.*

 Jag har tagit del av information om Samkraft och vet vad det innebär att tacka ja till denna insats. Jag samtycker till att sekretessen bryts mellan ovanstående myndigheter. Jag vet att jag kan ta tillbaka detta samtycke när jag vill.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum Datum** | **Ort** | **Namnteckning** |
| **Namnförtydligande** |

## Information

I offentlighets- och sekretesslagen (OSL) regleras vilken information som är offentlig och som allmänheten kan ta del av, och vilken som är sekretessbelagd (det vill säga vilken information som inte får lämnas ut eller delas med andra). I 10 kap. 1 § OSL framgår att den enskilde kan bryta denna sekretess genom ett samtycke.

För att kunna ge stöd i en samordnad rehabilitering är det ibland nödvändigt att bryta sekretessen mellan myndigheter. För att kunna samarbeta kring din planering mot arbete/sysselsättning/studier, behöver alltså de samverkande myndigheterna få möjlighet att utbyta sekretesskyddad information om dig mellan varandra. Ett sådant utbyte kan bara ske om du lämnar ett samtycke till att bryta sekretessen.

De myndigheter som kan komma att dela information om dig mellan varandra inom Samkraft är:

* Arbetsförmedlingen
* Försäkringskassan
* Kramfors kommun (*Socialtjänsten och Arbetsmarknadsenheten*)
* Region Västernorrland (*Hälsocentral, Psykiatri och Habilitering*)

Uppgifter om dig som kan komma att behöva utbytas mellan myndigheterna är:

* Hälsotillstånd (*t. ex. mående, medicinska underlag, alkohol- och drogvanor, sömn- och matvanor*),
* Social situation (*t. ex. boendestöd, boende, familj, kriminalvård*),
* Ekonomisk eller juridisk situation (*t. ex. rättegång, skulder*),
* Tidigare insatser (*t. ex. rehabilitering, praktik, arbetsprövning*),
* Tidigare utredningar (*t. ex. via Arbetsförmedlingen, sjukvård/psykiatri, socialtjänst, skola*),
* Jobb- och utbildningsbakgrund.

Information kan komma att delas mellan myndigheterna:

* Under Samkrafts beredningsmöten,
* Inför ett uppföljningsmöte för att följa upp en gemensam planering,
* Under deltagande i insats via Samkraft, t.ex. arbetsträning.

*Den information som lämnas mellan myndigheter är begränsad och syftar till att den samordnade rehabiliteringen i Samkraft ska fungera effektivt för dig.*

**Om du väljer att lämna ditt samtycke kan du återkalla det när som helst.** Om du vill du återkalla samtycket tar du kontakt med din handläggare. Om samtycket tas tillbaka innebär det att myndigheterna och vårdpersonal inte längre får utbyta sekretesskyddad information om dig inom Samkraft. *Då kan ditt ärende heller inte samverkas i Samkraft* och det kan förlänga tiden att ge dig rätt stöd och insats utifrån dina behov. Du kan fortfarande vara aktuell hos enskild myndighet men inget utbyte av information får ske mellan samverkansparterna inom Samkraft.

För att kunna genomföra insatsen kommer myndigheterna behöva behandla dina personuppgifter. Information om de olika myndigheternas personuppgiftsbehandling erhålls hos respektive myndighet.

## Mål med remittering till Samkraft

***Fylls i av den enskilde:***

|  |
| --- |
| Det här vill jag: *(Varför vill jag delta i Samkraft? Mål?)* |
| Det här skulle jag behöva hjälp med för att nå mina mål: |
| Det här tänker jag kan vara bra att veta om mig: |

***Fylls i av handläggare*** *(gärna tillsammans med den enskilde)****:***

|  |
| --- |
| Varför vill jag som handläggare ta upp ärendet i Samkraft? |
| Pågående insatser: |
| Tidigare insatser som har gjorts (utredningar, behandlingar, etc.): |
| Övrigt som kan vara viktigt att känna till: |