



### 5. VILKEN FÖRSÖRJNING HAR DELTAGAREN?

A-kassa, försörjningsstöd, sjukersättning, aktivitetsersättning, annat?

### 6. VAD ÄR SYFTET OCH MÅLET MED DE SAMORDNADE INSATSERNA? VILKET UPPDRAG BEHÖVER DU HJÄLP MED?

### 6. HOS VILKA FLER PARTER ÄR DELTAGAREN AKTUELL? (VÅRD, AF, FK, KOMMUN..)

### 7. SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT AV DELTAGAREN

Datum: Namn: Telefon:

Här ovan intygar jag att jag har tagit del av remissen samt att jag samtycker att Samordningsförbundet får ta del av de uppgifter som rör mitt ärende hos alla samverkande parter. Det gäller för information som finns hos Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, min/mina vårdgivare (både offentlig och privat primärvård samt psykiatrisk öppenvårds mottagning), samt Socialtjänst och andra enheter/avdelningar inom min boendekommun. De uppgifter som lämnas ut är av vikt för min fortsatta arbetslivsinriktade rehabilitering samt för att uppnå syftet med samverkan och målet att nå egen försörjning. Samtycket gäller under hela min tid som jag är aktuell hos Samordningsförbundet och jag är medveten om att jag kan återkalla detta när helst jag önskar eller få utdrag om de uppgifter som finns hos Samordningsförbundet. Detta gör jag genom att kontakta min handläggare på Samordningsförbundet eller den som är personuppgiftssamordnare på Samordningsförbundet vilket framkommer på hemsidan [www.sofvg.se](http://www.sofvg.se). När mitt ärende inte längre är aktuellt på Samordningsförbundet kommer alla handlingar som rör mig att makuleras. Jag samtycker också till att Samordningsförbundet kan kontakta mig ett år efter avslutat deltagande för en uppföljning om det skulle bli aktuellt.

### 8. UNDERSKRIFT AV REMITTENT

Datum: Namn och verksamhet: Telefon: