



SAMTYCKE

Information om Level Upgrade och förfrågan om samtycke

Level Upgrade är en insats som syftar till att du som deltagare ska hitta rätt bland de resurser som finns i regionen. Tillsammans med en personlig mentor hittar ni en väg framåt mot ett gott mående och självförsörjning. Detta sker genom fyra olika nivåer som erbjuder aktiviteter i syfte att komma närmare ditt mål.

Medverkan i Level Upgrade sträcker sig från idag till att du tillsammans med handläggare och mentor beslutat att avsluta deltagandet utifrån din egen individuella plan.

Medverkan är frivillig och samtycke till medverkan kan när som helst återkallas.

Sekretess och behandling av personuppgifter

Insatsen bygger på att det finns en tydlig samverkan mellan kommuner (IFO och AME), Försäkringskassa och Arbetsförmedling.

För att kunna samverka och ge dig stöd behöver ovanstående myndigheter och aktörer kunna ta del av handlingar och information som har betydelse för att förstå din situation. Det kan handla om:

- Hälsotillstånd
- Tidigare rehabiliteringsinsatser
- Expertutlåtanden och medicinska utlåtanden
- Sociala och ekonomiska förhållanden
- Arbetsförhållanden
- Tidigare utredningar

Samtycket gäller **endast information** som behövs för att de samverkande myndigheterna på bästa sätt ska kunna hjälpa dig.

Respektive myndighet och/eller aktör dokumenterar i det datasystem som är aktuellt hos dem. Uppgifterna hanteras med sekretess enligt dataskyddsförordningen (GDPR)



SAMTYCKE

Samtycke

Namn på deltagaren: _____

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att medverka i Level Upgrade. Jag samtycker också till att handläggare och utbildare inom individ och familjeomsorg, arbetsmarknadsenhet, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen samt övriga inblandade parter får utbyta information om mig för att insatsen ska kunna genomföras. Samtycket gäller till avslutat deltagande i Level Upgrade.

Jag är informerad om att behandling av personuppgifter kommer att ske, samt att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst kan återkalla mitt samtycke.

Ort: _____ Datum: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____