



Ansökan till ALL-IN

Namn _____

Personnummer _____

Telefonnummer _____

E-post _____

Språk _____ Tolkbehov Ja Nej

Kontaktuppgifter remittent: _____

SAMTYCKE TILL INFORMATIONsutBYTE

Jag ger mitt samtycke till att denna ansökan överlämnas till ALL-IN och jag samtycker till informationsutbyte mellan samverkande parter.

I ALL-IN samarbetar Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Västra Götalandsregionen, Dalslands folkhögskola och kommunerna Trollhättan, Lilla Edet, Grästorp, Vänersborg, Mellerud och Bengtsfors. För att vi ska kunna hjälpa dig på bästa sätt är det en förutsättning att vi får utbyta relevant information om dig. Så som personuppgifter, uppgifter om hälsotillstånd, tidigare insatser, ekonomiska förhållanden, arbetsförhållanden, tidigare utredningar och liknande. Samtycket rör endast sådana uppgifter som rör ditt ärende. Deltagande i projektet registreras hos SCB (statistiska centralbyrån) med namn och personnummer. I samband med denna ansökan godkänner jag registrering samt att relevant information kring min rehabilitering och mitt deltagande i ALL-IN får inhämtas i utvärderingssyfte.

Detta samtycke gäller tre år från dagens datum och det kan när som helst återkallas av mig.

Datum _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____