

## Ansökan Innergården

**Personuppgifter sökande:**

Förnamn: \_\_\_\_\_ Efternamn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Postnr/ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Anhörig/kontakt: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Beställare/Samverkanspart:**

- Arbetsförmedlingen       Försäkringskassan       Individ- och familjeomsorgen (IFO) i Mörbylånga
- Region Kalmar       Annat: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Bakgrund:**

Senaste arbete/sysselsättning: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Tidigare arbete/sysselsättning: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Högsta avslutade utbildning: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Annan Utbildning: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_

Intressen: \_\_\_\_\_

Körkort: \_\_\_\_\_ Arbetsutbud % \_\_\_\_\_

Hälsotillstånd (läkarintyg bifogas vid sjukskrivning): \_\_\_\_\_

**Information till dig som aktualiserar en person Innergården:**

Innergården är en samverkansinsats och är ett stöd i ditt arbete för att hjälpa din patient/klient vidare ut mot arbetslivet/studier eller annan rehabilitering. Du/din verksamhet/myndighet kommer även fortsättningsvis ha kvar ansvaret för din del av rehabiliteringsprocessen för personen. Din medverkan i samverkan är nödvändig i den fortsatta rehabiliteringsprocessen. Ansökan kommer att tas upp vid nästa samverkansteamöte och samverkansteamet har möten ca 1 gång/månad. Om sökande beviljas plats på Innergården kommer vi att återkoppla till dig så att vi kan följa rehabiliteringsprocessen och stötta personen tillsammans. Därefter blir sökande meddelad och vi bestämmer gemensamt tillsammans ett inskrivningsdatum på Innergården. Om sökande inte beviljas plats återkopplar vi med en motivering och om det är aktuellt med förslag på vad som krävs för att beviljas plats.

## Samtycke till utlämnande av uppgifter

Innergården är en förberedande insats inför arbetsmarknad eller studier. Insatsen är finansierad via Samordningsförbundet och Mörbylånga kommun där Arbetsmarknads- och Integrationsenheten är insatsägare. I Innergården ingår ett samverkansteam med personer från varje myndighet som ingår i Samordningsförbundet. Samverkansteamets uppgift är bland annat att bedöma vilka personer som har rätt förutsättningar att delta i insatsen samt att ha en konsulterande roll kring personer som deltar på Innergården. Innan och under din tid på Innergården kommer samverkansteamet att vara en del i samverkan och vara rådgivande kring hur rehabiliteringsprocessen kan komma att se ut.

En förutsättning för att kunna ha ett fungerande Samverkansteam i en insats med individärenden är att utbyte av uppgifter får ske. Du måste själv ta ställning till om information om dig får lämnas mellan dem som ingår i samverkansteamet.

Samverkanspartnerna i Innergårdens samverkansteam är:

- Mörbylånga kommun: Arbetsmarknads- och Integrationsenheten samt Individ- och Familjeomsorgen (IFO)
- Arbetsförmedlingen
- Försäkringskassan
- Region Kalmar
- Personalen på Innergården
- Annat \_\_\_\_\_

Samtycket avser konsulterande diskussioner i Innergårdens Samverkansteam samt under inskrivningstiden på Innergården. Samtycket gäller även max 1 år efter avslut för statistisk uppföljning och utvärdering.

Exempel på uppgifter som kan bli aktuella:

- Studie- och arbetsförhållanden
- Sociala och ekonomiska förhållanden
- Hälsotillstånd – både psykiskt och somatiskt
- Tidigare utredningar
- Expertutlåtande t ex medicinska utlåtanden
- Tidigare rehabiliteringsinsatser
- Annat \_\_\_\_\_

Undertecknad lämnar härmed mitt samtycke enligt 10 kap. 1§ och 12 kap. 2 §§ Offentlighets- och Sekretesslagen, till att relevant och behövlig information får utbytas mellan samverkanspartnerna i insatsen Innergården. Jag medger även att mina personuppgifter får samlas in, behandlas och lagras inom ramen för insatsen Innergården i enlighet Dataskyddsförordningen (GDPR).

Jag kan när som helst återta samtycket som då omedelbart upphör att gälla. Jag är införstådd med att jag då blir utskrivna från Innergården.

### Underskrift deltagare:

Personnummer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Namn-teckning: \_\_\_\_\_

Namn-förtydligande: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

