

till att uppgifter i Folkpensionsansaltens och arbets- och näringsbyråns register lämnas ut i samarbets syfte

FPA och arbets- och näringsbyrån samarbetar när det gäller att ordna rehabiliteringstjänster och arbets- och näringstjänster. Målet för samarbetet är att du får de tjänster du behöver vid rätt tidpunkt. För att du ska få tjänsterna så smidigt som möjligt måste uppgifter om dig kunna lämnas ut mellan FPA och arbets- och näringsbyrån. Det kan till exempel vara fråga om uppgifter som gäller kartläggningen av ditt servicebehov eller uppgifter om ditt hälsotillstånd.

Om du inte ger ditt samtycke till att uppgifter lämnas ut kan ditt servicebehov inte utredas i den omfattning som ditt ärende skulle kräva.

### 1. Uppgifter om kunden

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

### 2. Uppgifter om samtycket

Kryssa för det som ditt samtycke gäller:

- De uppgifter om mig som FPA och arbets- och näringsbyrån har lagrat i sina register får de lämna ut till varandra för att man ska kunna reda ut vilka rehabiliteringstjänster och arbets- och näringstjänster som kan komma i fråga i mitt fall.

Trots sekretessbestämmelser och andra begränsningar som gäller inhämtande av uppgifter har FPA och arbets- och näringsbyrån rätt att få av varandra sådana uppgifter om mig som är nödvändiga då man reder ut vilka rehabiliteringstjänster och arbets- och näringstjänster som kan ordnas för mig.

Uppgifterna behövs för skötseln av uppgifter enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner och lagen om offentlig arbetskrafts- och företagservice.

- Jag ger mitt samtycke till att FPA och arbets- och näringsbyrån efter att de tillsammans rätt ut mitt ärende får lämna ut uppgifter till varandra om de tjänster som ordnas för mig.

Innan jag ger mitt samtycke har FPA eller arbets- och näringsbyrån informerat mig om samarbetet mellan dem och om hur uppgifterna om mig kan användas.

Samtycket gäller tills vidare. Jag kan när som helst återta eller ändra mitt samtycke genom att lämna in ett skriftligt meddelande om det till FPA eller arbets- och näringsbyrån.

### 3. Underskrift och datum

Ort och datum

Underskrift

Namn, personbeteckning och telefonnummer, om samtycket undertecknas av någon annan än kunden (en intressebevakare eller annan befullmäktigad)