

Asiakkaan ja huoltajan tiedot

Syntymäaika _____ Sukunimi ja etunimi _____

Mahdollinen huoltaja/lapsen laillinen edustaja

Sukunimi ja etunimi _____

Toiminnan kuvaus ja tietojen käyttötarkoitus

Tilanteeni ja tarvitsemiini palveluiden selvittäminen edellyttävät Kelan ja _____ kanssa

tehtävää yhteistyötä ja minua koskevien **välttämättömien ja tarpeellisten** tietojen vaihtamista (jäljempänä ”yhteistyö”). Yhteistyön tavoitteena on Kelan kuntoutuspalveluiden ja muiden etuuksien oikea-aikainen saanti.

Palvelutarpeideni joustava selvittäminen on mahdollista Kelan ja terveydenhuollon välisellä yhteistyöllä jo ennen hakemukseni vireille tuloa.

Tietoja, joiden vaihtamiseen lainsäädäntö ei suoraan oikeuta, voidaan vaihtaa, luovuttaa ja vastaanottaa vain suostumuksellani.

Suostumus

Suostun siihen, että Kela ja _____

voivat yhteistyössään vaihtaa seuraavia minua koskevia tietoja ja asiakirjoja:

- ☐ nimi, henkilötunnus ja yhteystiedot
- ☐ työ- ja koulutushistoriastani
- ☐ etuuksistani
- ☐ terveydentilastani (esim. lääkärinlausunnot, sairauskertomukset, aiemmat kuntoutuspalautteet)
- ☐ kuntoutusmahdollisuuksistani
- ☐ minulle järjestettävästä kuntoutuksesta
- ☐ muista työ- ja toimintakykyni arviointiin vaikuttavista asioista

Suostumuksen sisältö ja voimassaoloaika

Suostun siihen, että

- tietojen vaihto voi koskea edellä mainittujen viranomaisten rekistereihin jo tallennettuja tietoja sekä yhteistyössä syntyviä tietoja ja asiakirjoja.
- tietoa voidaan tallentaa sen viranomaisen tietojärjestelmään, joka vastaa kyseessä olevien asioiden rekisterinpidosta. Tallennettuja yhteistyön kannalta tarpeellisia ja välttämättömiä tietoja voidaan käyttää toimintayksiköissä toimivien viranomaisten välisessä yhteistyössä.

Nyt antamani suostumus on voimassa

☐ _____ saakka.☐ 31.12.2022 saakka.

Tietojen käyttöä koskevat oikeuteni

Minulle on kerrottu tietojeni käytöstä sekä tietoja koskevista oikeuksistani. Voin lukea lisää tietosuojastani ja henkilötietojen käsittelystä osoitteesta <https://www.kela.fi/tietosuoja>.

Minulle on kerrottu, että suostumuksen antaminen on vapaaehtoista ja voin milloin tahansa peruuttaa antamani suostumuksen.

Suostumuksen peruuttamisen jälkeen tietojani ei enää vaihdeta. Halutessani lisätietoa asioiden käsittelystä ja tietojen vaihdosta, voin olla yhteydessä myös hoitavaan yksikköni terveydenhuollossa.

Allekirjoitus

Päiväys

Asiakkaan tai hänen edustajansa allekirjoitus
