

Samtycke att efterge sekretessen

INFORMATION OM PERSONUPPGIFTSBEHANDLING

De uppgifter du/ni har lämnat behandlar vi i enlighet med gällande lag för behandling av personuppgifter. Uppgifterna behandlas för att utreda om behovet är styrkt och att den enskilde har goda levnadsvillkor. Behandlingen görs i enlighet med LSS. Avslutas och förs till närarkiv 3 mån efter sista händelsen. Gallras fem år efter senaste anteckning. Undantag för dag 5, 15 och 25 som sparas i kommunarkivet. Du/Ni har rätt att ta del av de uppgifter kommunen har om er och även begära rättelse om de är felaktiga. Personuppgiftsansvarig: Social- och äldrenämnden.

Mer information om kommunens personuppgiftsbehandling finns på www.upplandsvasby.se eller i receptionen i kommunhuset på Dragonvägen. För kontakt med personuppgiftsansvarig eller dataskyddsombud kontakta Väsby direkt. Om du anser att vi hanterar dina personuppgifter felaktigt har du möjligheten att lämna klagomål till Datainspektionen.

För att kunna ge dig bästa möjliga omhändertagande samarbetar vi med andra myndigheter och organisationer. För att detta ska kunna ske krävs det att du som sökande medger att sekretessen bryts.

Härmed ger jag mitt samtycke till att sekretessen efterges till följande parter. De jag godkänner och kryssar för får ta del av andra vårdgivares och myndigheters information om mig. Informationsutbytet skall vara nödvändigt av behandlingsmässiga skäl.

Samtycke

| | | |
|---|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Beroendemottagningen i Upplands Väsby, Beroendecentrum Stockholm <input type="checkbox"/> Upplands Väsby kommun, social- och omsorgskontoret <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen <input type="checkbox"/> Övriga (Anhöriga, sjukvårdsinrättningar eller arbetsgivare) | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Upplands Väsby, Psykiatri Nordväst, Stockholms läns landsting <input type="checkbox"/> Primärvården i Upplands Väsby <input type="checkbox"/> Kriminalvården <input type="checkbox"/> Habiliteringen | Om övriga, ange: |
|---|---|------------------|

Underskrift

| | |
|---|-------------------|
| Detta samtycke gäller i högst 12 månader från nedanstående datum, eller till jag skriftligen meddelar annat | Personnummer |
| Underskrift | Namnförtydligande |
| Datum | |