



Samtycke gällande bistånd enligt Socialtjänstlag (2001:453) (SoL) och Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

| Namn | Personnummer |
|------|--------------|
| | |

Socialnämnden behöver ditt skriftliga samtycke för att, enligt ditt önskemål ha rätt att informera och inhämta information från närstående och vårdpersonal om uppgifter som rör de bistånd och insatser som du ansökt om eller är beviljad i Boxholms kommun.

Informationen samlas in av socialtjänstens biståndsenhet och det är din biståndshandläggare som är personuppgiftsansvarig.

Samtycket är giltigt 1 år från påskriftsdatum och/eller under den tiden ärendet är pågående hos Individ- och familjeomsorgen, men kan när som helst hävas. Detta gör du genom att kontakta din biståndshandläggare muntligt eller skriftligt.

Ett återkallande av ditt samtycke påverkar inte lagligheten av behandlingen innan samtycket återkallades.

Du kan inte skriva under samtyckesblanketten om du har skyddad identitet/skyddade personuppgifter.

Du har även rätt att kontakta oss för att få information om vilka uppgifter som behandlas om dig eller för att begära rättelse, överföring, radering eller begränsning av dina personuppgifter.

Mer information om hur Boxholms kommun hanterar personuppgifter finns på vår hemsida: www.boxholm.se



Härmed samtycker jag till att social- och myndighetsnämnden i Boxholms kommun får tillåtelse att hämta och delge information gällande mig från nedanstående parter.

| Namn | Telefonnummer | Delge | Hämta |
|---|---------------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Hälso- och sjukvården | | | |
| Arbetsförmedlingen | | | |
| Försäkringskassan | | | |
| Kontaktperson | | | |
| Boendestöd | | | |
| Personal på boende med särskild service | | | |
| Anhöriga | | | |

Underskrift

| | |
|---------------|------|
| Datum: | Ort: |
| Namnteckning: | |

**Blanketten lämnas till biståndshandläggare eller skickas till:
 Boxholms kommun
 Individ och familjeomsorgen
 Box 79
 595 03 Boxholm**

