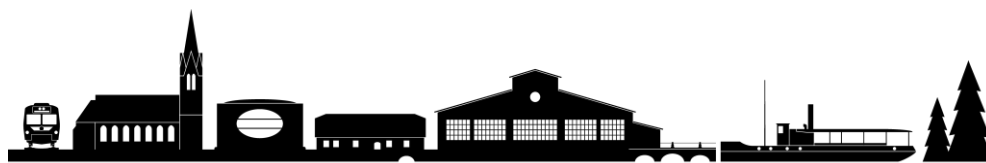


Samtycke till hävande av sekretess angående försörjningsstöd.

Härmed samtycker jag till att socialtjänsten i Boxholm får utan hinder av sekretess diskutera och utbyta uppgifter om mig och min situation med:

Arbetsförmedlingen.....	Namnteckning	Ort/datum
Försäkringskassan.....	Namnteckning	Ort/datum
A-kassan.....	Namnteckning	Ort/datum
Alfa-kassan.....	Namnteckning	Ort/datum
Kronofogden.....	Namnteckning	Ort/datum
CSN.....	Namnteckning	Ort/datum
Migrationsverket.....	Namnteckning	Ort/datum
Hyresvärdar.....	Namnteckning	Ort/datum
Tidigare socialtjänst.....	Namnteckning	Ort/datum
Arbetsgivare.....	Namnteckning	Ort/datum
Transportstyrelsen.....	Namnteckning	Ort/datum
Vårdcentralen.....	Namnteckning	Ort/datum





Beroendemottagningen.....
Namnteckning Ort/datum

Psykiatrin.....
Namnteckning Ort/datum

Öppenvården.....
Namnteckning Ort/datum

Annan:.....
Namnteckning Ort/datum

Samtycket mellan Socialtjänsten i Boxholm och de aktuella aktörerna omfattar endast uppgifter som är nödvändiga för att kunna samarbeta för en fortsatt planering kring min ekonomiska situation.

Det kan tex. gälla uppgifter inför utredning, sysselsättning, uppföljning, avslut av utredning mm.

Detta samtycke gäller under 1 år eller till dess att jag häver mitt samtycke. Jag kan när som helst återkalla detta samtycke genom att meddela socialtjänsten om detta.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Personnummer