**SUOSTUMUS HENKILÖTIETOJEN VAIHTOON JA KÄSITTELYYN**

1. **Suostumuksen antaja**

Sukunimet ja etunimet Henkilötunnus

1. **Yhteistyön kuvaus ja tietojen käsittelyn tarkoitus**

Toimijat tekevät yhteistyötä, jotta tilanteesi ja tarvitsemasi palvelut voidaan kartoittaa. Yhteistyön tavoitteena on se, että saat sinulle sopivat palvelut oikea-aikaisesti.

Yhteistyön tarkempi kuvaus: Työkyvyn selvittely

Sellaisia tietoja, joiden vaihtamiseen lainsäädäntö ei oikeuta, voidaan vaihtaa, luovuttaa ja vastaanottaa vain suostumuksellasi. Vaihdettavat tiedot ovat aina yhteistyön ja edellä mainitun tavoitteen kannalta tarpeellisia, ja työntekijät vaihtavat ja käyttävät tietojasi luottamuksellisesti.

1. **Suostumus**

Suostun, että Päijät-Hämeen hyvinvointialueen toimijat saavat vaihtaa minua koskevia tarvittavia tietoja seuraavien tahojen kanssa:

Kela

TE-palvelut / Työllisyyden kuntakokeilu

Sosiaalihuollon palvelut (kirjaa alle mikä sosiaalihuollon palvelu: esim. työikäisten-, lapsiperhe-, ikääntyneiden-, vammaispalvelut)

Terveydenhuollon palvelut

Muu

Sairaanhoitokeskus Ilmari, Työterveyshuolto

1. **Käsiteltävät henkilötiedot**

Suostun siihen, että edellä valitsemani viranomaiset voivat yhteistyössään vaihtaa seuraavia minua koskevia tietoja:

nimi, henkilötunnus ja yhteystiedot

koulutusta, työhistoriaa ja ammatillista osaamista koskevat tiedot

☐sellaiset elämäntilannetta koskevat tiedot, joilla on vaikutusta palveluideni arvioimiseksi ja järjestämiseksi

sellaiset sosiaalista tilannetta koskevat tiedot, joilla on vaikutusta palveluideni arvioimiseksi ja järjestämiseksi

sellaiset terveydentilaa ja työ- ja toimintakykyä koskevat tiedot, joilla on vaikutusta palveluideni arvioimiseksi ja järjestämiseksi

kuntoutukseni tarpeen kartoittamiseen sekä niihin liittyvien toimenpiteiden suunnitteluun ja järjestämiseen

asiointini edellyttämiä erityisjärjestelyjä koskevat tiedot

muut tiedot

Suostumuksen rajaukset

*Yhteistyöllä tukea työkykyyn (YTY) -osaprojektin henkilökunta ei käsittele, kerää eikä julkista pilotointiin osallistuvien asiakkaiden henkilöllisyyteen tai tunnistettavuuteen liittyviä tietoja. Pilotoinnin vaiheiden dokumentointi kohdistuu palvelukokonaisuuden kuvaukseen sekä osapuolten kokemuksiin palvelukokonaisuuden ja yhteiskehittämisen vaiheista*

En halua, että seuraavia tietoja vaihdetaan viranomaisten välisessä yhteistyössä

1. **Suostumuksen voimassaoloaika**

Nyt antamani suostumus on voimassa 31.12.24 asti.

1. **Tietojen käyttöä koskevat oikeudet**

Minulle on kerrottu tietojeni käytöstä sekä tietoja koskevista oikeuksistani.

Voin lukea lisää tietosuojastani ja henkilötietojen käsittelystä yhteistyöhön osallistuvien tahojen tietosuojaselosteista.

Minulle on kerrottu, että suostumuksen antaminen on vapaaehtoista.

Ymmärrän, että voin milloin tahansa peruuttaa antamani suostumuksen tai muuttaa tai rajata suostumusta ottamalla yhteyttä yksikköön, johon suostumus on annettu.

Tällöin tiedon saanut yksikkö ilmoittaa siitä muille kohdassa 3 valitsemilleni tahoille.

1. **Suostumuksen antajan allekirjoitus**

Paikka ja aika Allekirjoitus ja nimenselvennys

1. **Suostumuksen vastaanottajan tiedot**

Nimi Puhelinnumero

Ammatti

Lähde: Mukaeltu KELA:n Y 100 lomakkeen pohjalta (01/23)