



SAMTYCKE, sekretesslättnad

Namn	Personnummer
------	--------------

Omsorgsnämnden behöver ditt skriftliga samtycke för att, enligt ditt önskemål ha rätt att informera närstående eller ställföreträdare om uppgifter som rör de bistånd och insatser enligt socialtjänstlagen, LSS, lag om färdtjänst/riksfärdtjänst som du ansökt om eller är beviljad i Trollhättans stad. Samtycket avser även de hyror och avgifter som tillkommer med anledning av beslut om bistånd.

Informationen samlas in av biståndsenheten, avgiftsenhet alternativt kontaktcenter och som registrerar uppgifterna i skyddat system som följer förordningen om GDPR.

Vi delar dina uppgifter med de personer vars personuppgifter finns ifyllda nedan.

Samtycket är giltigt så länge du önskar. Du har rätt att när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Detta gör du genom att kontakta din biståndshandläggare. Observera dock att ett återkallande av ditt samtycke inte påverkar lagligheten av behandlingen innan samtycket återkallades.

Jag samtycker till att följande personer har rätt att ta del av information som finns dokumenterat hos omsorgsnämnden.

Namn	Personnummer
Relation	Telefonnummer
Namn	Personnummer
Relation	Telefonnummer

Om du vill begränsa samtycket till vissa frågor eller till vissa delar ange här hur.

--

Underskrift

Ort/datum	Namnteckning
-----------	--------------

Jag tar tillbaka mitt samtycke

Underskrift

Ort/datum	Namnteckning
-----------	--------------

Skyddad identitet/skyddade personuppgifter

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

Blanketten sänds till:

Biståndsenheten
Trollhättans Stad
Box 981
461 29 Trollhättan