

Lähete 15 – 22 -vuotiaiden nuorten asiakasyhteistyöryhmään (osa 1)

Lähetävä taho täyttää lähetteen sähköisesti

Asiakkaan henkilötiedot

Nimi	
Henkilötunnus	
Osoite	
Kotikunta	
Puhelinnumero	
Huoltajan nimi ja yhteystiedot	
<i>Tulosyy (huolen aiheet, joihin halutaan selvitystä)</i>	
Koti- ja perhetilanne	
Vapaa-aika	
Työ/koulutustilanne	
Tulot/velat	
Tulevaisuuden suunnitelmat (koulutus, työ, kuntoutus jne.)	
Diagnoosit/aikaisemmat tutkimukset/hoitava taho	
Päihteiden käyttö/rikosseuraamus	
Aikaisemmat ja nykyiset tukitoimet	
Nuoren verkosto ja voimavarat	
Muu tarvittaessa kutsuttava yhteistyötaho	

SUOSTUMUS (osa 2)

koulutus-, työ- ja kuntoutusasiain käsittelemiseen nuorten asiakasyhteistyöryhmässä.

Suostun siihen, että koulutus-, työhönsijoittumis- ja kuntoutusmahdollisuuksistani neuvotellaan nuorten asiakasyhteistyöryhmässä. Nuorten asiakasyhteistyöryhmässä on mukana oppilaitoksen, perusturvan, työvoimahallinnon ja Kelan edustajat sekä tarvittaessa erikoissairaanhoidon edustaja. Neuvotteluun osallistuneita henkilöitä sitoo salassapitovelvollisuus.

Yhteistyöryhmään osallistuvien tahojen hallussa olevia tietoja terveydentilastani, sosiaalisesta tilanteestani, kuntoutusasiastani tai muita salassa pidettäviä asioitani saadaan käyttää siinä laajuudessa kuin se asiani hoitamisen kannalta on välttämätöntä.

	kyllä	ei
Haluan osallistua asiani käsittelyyn asiakasyhteistyöryhmässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Omaiseni / läheiseni osallistuu ryhmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Suostun siihen, että asiakasyhteistyöryhmä saa luovuttaa salassa pidettäviä tietojani ryhmän jäsenten taustaorganisaatioihin asiani hoitamista varten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Suostun siihen, että yhteistyöryhmä saa antaa kannanoton viranomaiselle (esim. työvoimahallinnolle tai Kelalle), laitokselle (esim. työeläkelaitokselle) tai muulle asian käsittelyn kannalta tarpeelliselle yhteisölle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Tarvittaessa huoltajan allekirjoitus

Tukihenkilön (lähettävä taho) nimi, puhelinnumero ja sähköposti

Postiosoite

Suostumus on voimassa asian käsittelyn ja sovitun seurannan ajan. Asiakas voi peruuttaa suostumuksensa ilmoittamalla siitä kirjallisesti yhteistyöryhmälle.