

**LÄHETE NUORTEN ASIAKASYHTEISTYÖRYHMÄÄN (2-osainen)**  
Pori, Pomarkku, Merikarvia, Luvia, Ulvila

**Nuoren henkilötiedot**

Sukunimi \_\_\_\_\_ Etunimet \_\_\_\_\_  
Henkilötunnus \_\_\_\_\_ Osoite \_\_\_\_\_  
Puhelinnumero \_\_\_\_\_ Kotikunta \_\_\_\_\_

**Elämäntilanne**

Kotona \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vapaa-aikana \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Työ/koulutustilanne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tulot \_\_\_\_\_ Velat \_\_\_\_\_

Tulevaisuuden suunnitelmat (koulutus, työ, kuntoutus jne.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Muuta huomioitavaa (terveydentila, perhetilanne, päihteet, rikosseuraamus ym.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aikaisemmat ja nykyiset tukitoimet \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tulosyy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nuoren verkosto \_\_\_\_\_

Muu tarvittaessa kutsuttava yhteistyötaho \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SUOSTUMUS

**koulutus-, työ- ja kuntoutusasiain käsittelyyn 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"/>

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
Paikka ja aika Asiakkaan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Tarvittaessa huoltajan allekirjoitus

\_\_\_\_\_  
Lähettävän tahon tukihenkilö (-t), allekirjoitus, yhteystiedot ja osoite

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

Käsitelty \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
**NUORTEN YHTEISTYÖRYHMÄN EHDOTUS/KONSULTAATIOVASTAUS**

Tavoitteet \_\_\_\_\_

Tutkimukset ja selvitykset \_\_\_\_\_

Palvelut ja tukitoimet \_\_\_\_\_

Seurannan vastuutaho \_\_\_\_\_

Yhteydenpito/suunnitelman päivittäminen \_\_\_\_\_