

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 _____