**Informert Samtykke**

Vedlegg til søknad om ekstratilskudd for bosetting av flyktninger med

alvorlig funksjonsnedsettelse, samt personer med alvorlige atferds- eller rusproblemer

Jeg samtykker til at taushetsbelagte helseopplysninger om [navn på de opplysningene gjelder] (hovedpersonen) som er nødvendige for at [ kommunenavn] kan motta øremerket økonomisk støtte til bosetting fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi), gis til IMDi fra de virksomheter og helsepersonell som er listet opp nedenfor. Jeg samtykker også til at helseopplysningene kan deles med klageorganet dersom avgjørelsen fra IMDi påklages.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Virksomheter/helsepersonell | Navn på undertegnede | Dato |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Jeg har blitt informert om formålet med tilskuddsordningen for bosetting av personer med alvorlig funksjonsnedsettelse og/eller alvorlige atferdsvansker. Jeg har også blitt informert om at kun helseopplysninger som er relevante og nødvendige for dette formålet vil bli delt med IMDi og klageorganet. Jeg er klar over at kommunen ikke kan gi disse opplysningene til IMDi og klageorganet uten samtykke, og at samtykket mitt når som helst kan trekkes tilbake. Jeg er også klar over at rettighetene som jeg/hovedpersonen har overfor kommunen, gjelder selv om jeg ikke samtykker, og at rettighetene ikke endres selv om jeg trekker samtykket tilbake.

Samtykket er begrenset i tid til fem år etter første bosetting. Det vil innhentes nytt samtykke dersom informasjon i søknaden må oppdateres i løpet av femårsperioden.

Min rolle:

|  |
| --- |
|[ ]  Jeg er over 16 år, og undertegner derfor selv |
|[ ]  Hovedpersonen er under 16 år, og jeg undertegner som forelder |
|[ ]  Hovedpersonen er under 16 år, og jeg undertegner som offentlig oppnevnt omsorgsperson |
|[ ]  Hovedpersonen er over 16 år, men uten samtykkekompetanse og jeg undertegner som nærmeste pårørende |
|[ ]  Hovedpersonen er mellom 12 og 16 år, og har selv samtykket til helsehjelpen som helseopplysningene gjelder. Undertegnede helsepersonell bekrefter at jeg i dialog med ungdommen har besluttet at samtykke kan gis. |

|  |  |
| --- | --- |
| DUF-nummeret til hovedpersonen**:**  |  |
| Signatur fra hovedperson/på vegne av hovedpersonen: |  |
| Sted, dato:  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Navn og rolle til personen som har innhentet samtykke: |  |
| Signatur fra personen som har innhentet samtykke: |  |
| Sted, dato  |  |