



trisam

تريسام Trisam – إعادة تأهيل مبكرة تعاون وتبادل معلومات

تريسام تعاون بين إقليم يافلابوري (الرعاية الأولية والرعاية النفسية)، ومصالحة التأمين الاجتماعي **Försäkringskassan**، ومكتب العمل **Arbetsförmedlingen** والبلدية. يوجد التعاون في فريق تريسام في جميع بلديات محافظة يافلابوري. وتشتمل فرق ومجموعات تريسام على طاقم رعاية صحية وموظفين مسؤولين من مصلحة التأمين الاجتماعي ومكتب العمل والبلدية. ومن إقليم يافلابوري هنالك منسق إعادة التأهيل وعند الضرورة يوجد طاقم الرعاية الصحية المعني. نعمل لمنحك دعماً أفضل وأكثر تكاملاً وشمولاً عند إعادة تأهيلك.

يحتاج تبادل المعلومات الى موافقة – في الحالات التي تكون لديك قضية جارية ومستمرة لدى مصلحة التأمين الاجتماعي سيتصل بك أحد موظفي/موظفات مصلحة التأمين الاجتماعي لغرض الحصول على موافقتك. ويتم هذا لكي تستطيع مصلحة التأمين الاجتماعي من تقاسم المعلومات المتعلقة بك مع الأطراف الأخرى التي تخصها الموافقة.

ولكي نتمكن من مساعدتك بشكل جيد نحتاج الى معلومات مشتركة عنك وعن حالتك. ولهذا السبب نحتاج الى موافقتك الخفية ليُسمح لنا بمشاركة البيانات الضرورية بيننا. فإن هذه البيانات خلافاً لذلك محمية بواسطة قاعدة سرية البيانات.

المعلومات الضرورية مثلاً

- الحالة الصحية
- ظروف العمل
- جهود إعادة التأهيل السابقة
- الظروف الاجتماعية والاقتصادية
- التحقيقات التي أجريت سابقاً
- تقارير الخبراء، مثل التقارير الطبية.

تجد استمارة الموافقة في الصفحة التالية. وتسري الموافقة من تاريخ اليوم الذي تقوم فيه بتوقيع الاستمارة وخلال الفترة التي يستمر فيها تأهيلك. وتسري لفترة أقصاها عام واحد من تاريخ توقيعك الموافقة. يمكنك في أي وقت سحب موافقتك. وتقوم بهذا بواسطة الاتصال بموظفك المسؤول لدى السلطة ذات العلاقة أو بمسؤول الاتصال لديك في المركز الصحي/ العيادة.

موافقة على التعاون وتبادل المعلومات ضمن تريسام

الاسم	الرقم الشخصي
العنوان	العنوان البريدي
رقم الهاتف - نهائياً	رقم الهاتف الجوال

موافقة

أوافق على أن يتعاون الموظفون المعنيون في المركز الصحي أو العيادة حيث يوجد اتصالي بالرعاية الصحية، ومكتب العمل AF، والموظف المسؤول ضمن نشاط البلدية التي أقيم فيها وكذلك صندوق التأمين الاجتماعي FK فيما يتعلق باحتياجاتي. يتصل بك موظف مصلحة التأمين الاجتماعي المسؤول للحصول على موافقتك ليستطيع صندوق التأمين الاجتماعي أن يُشارك كافة المعلومات المتعلقة بك مع الجهات الأخرى.

أوافق على السماح لممثلي هذه الأنشطة تبادل المعلومات الضرورية الخاصة بي كما يمكنهم الوصول إلى الوثائق والسجلات الطبية بدون عوائق تتعلق بالسرية حتى أتمكن من دعم عملية إعادة التأهيل الخاصة بي بشكل فعال من خلال Trisam.

كما أوافق أيضاً على أن يقوم النشاط أو الشخص التالي بالتعاون معهم لمنحي دعماً أفضل وأشمل في إعادة التأهيل. أذكر أدناه على سبيل المثال صاحب العمل واسمه. تسري الموافقة على النشاط أو الشخص التالي حتى انتهاء تريسام Trisam.

--	--

أعلم أنه يمكنني سحب موافقتي متى رغبت بذلك. هذا يعني أنه إذا قمت بسحب موافقتي ، فلا يُسمح بتبادل المزيد من المعلومات الخاصة بي بين الأطراف المنصوص عليها في الموافقة. ولكن يمكن معالجة المعلومات التي تم جمعها بالفعل ولكن بدون استكمالها أو تحديثها.

التاريخ

التوقيع

كتابة الاسم بوضوح



هوية محمية/بيانات شخصية محمية

لا يتم شمول الأشخاص ذوي الهويات المحمية أو البيانات الشخصية المحمية بالنشاط الجاري ضمن تريسام. لذلك يجب ألا تقوم بالتوقيع على استمارة الموافقة إذا كانت لديك هوية محمية أو بيانات شخصية محمية.

أسئلة واستفسارات؟

إذا كانت لديك أي أسئلة أو استفسارات أو مخاوف فنحن نرحب بك للاتصال بالمسؤول في السلطة ذات العلاقة أو جهة الاتصال الخاصة بك في المركز الصحي أو العيادة.

للحصول على معلومات حول كيفية التعامل مع بياناتك الشخصية في تريسام والتعاون حول إعادة تأهيلك، الرجاء أنظر في موقع الويب التابع لكل جهة.

[بيانات خاصة بك في سجلنا – مكتب العمل \(arbetsformedlingen.se\)](http://arbetsformedlingen.se)

<https://www.regiongavleborg.se/dataskydd>