

Додаток до інформованої згоди:

«мене було проінформовано про мету фінансової підтримки»

Для того, щоб особи з серйозними функціональними порушеннями могли бути швидше поселені в муніципалітеті, муніципалітет може звернутись з заявою до ІМДІ (Директорат з інтеграції та культурно-етнічної різноманітності), про покриття деяких своїх додаткових витрат протягом перших п'яти років з дати вашого поселення. Гроші, які муніципалітет отримає, є цільовими, що означає, що вони покриватимуть лише допомогу, надану безпосередньо вам.

Разом з заявою муніципалітет теж повинен надіслати підтвердження від закладу охорони здоров'я, в якому описується те, що ви мали серйозну інвалідність до того, як ви були поселені в муніципалітет. Підтвердження повинно містити опис ваших щоденних потреб у допомозі, які потребують різних заходів, на які муніципалітет подає заявку на отримання грошей.

Інформація про вас та стан вашого здоров'я зберігатиметься до закінчення п'ятирічного строку дії заяви, перед тим як ці дані буде видалено. Інформація зберігається в захищеній системі таким чином, щоб ніхто за межами ІМДІ не мав до неї доступу.

В тому випадку, якщо ІМДІ відхилить заявку, це означатиме, що її не буде розглянуто. Тоді муніципалітет може надіслати скаргу до ІМДІ, що передасть всю справу на подальший розклад до Міністерства праці та інклюзії.



Директорат з інтеграції та культурно-етнічної різноманітності (ІМДІ)

Інформована згода

Додаток до заяви на отримання додаткової субсидії для поселення біженців з серйозними функціональними порушеннями, а також осіб з серйозними відхиленнями поведінки або зловживання психоактивними речовинами

Я даю згоду на те, щоб Директорат з інтеграції та культурно-етнічної різноманітності (ІМДІ) отримав конфіденційну медичну інформацію щодо [ім'я особи, якої стосується така медична інформація] (основна особа), що є необхідною умовою для отримання муніципалітетом [назва муніципалітету] цільової фінансової підтримки для поселення від Директорату з інтеграції та культурно-етнічної різноманітності (ІМДІ). Інформація надається ІМДІ від вказаних нижче установ та медичних працівників. Я також даю згоду на те, щоб в разі необхідності, така медична інформація може передаватись до апеляційної інстанції у випадках оскарження рішення, прийнятого ІМДІ.

Установа/Медичний працівник	Ім'я особи, що підписалась	Дата

Мене було проінформовано про мету фінансової підтримки для поселення осіб з серйозними функціональними порушеннями, та/або осіб з серйозними відхиленнями поведінки. Мене також було проінформовано, що ІМДІ та апеляційна інстанція отримають лише актуальну та необхідну для цієї мети медичну інформацію. Мені відомо, що муніципалітет не може передати таку інформацію до ІМДІ та апеляційної інстанції без моєї згоди, і що моя згода може бути відкликана в будь-який час. Я також усвідомлю, що права, які я маю/основна особа щодо муніципалітету продовжуватимуть діяти навіть в тому випадку, якщо я не дам згоди, і що ці права не можуть бути змінені навіть в тому випадку, якщо згоду буде відкликано.

Термін дії згоди обмежується п'ятьма роками після першого поселення. Якщо протягом п'ятирічного періоду буде потрібно оновити інформацію, надану в заяві, необхідно буде також отримати нову згоду.

Моя роль:

- Мені більше 16 років, тому я підписую самостійно
- Основній особі менше 16 років, тому я підписую в якості одного з батьків
- Основній особі менше 16 років, тому я підписую в якості призначеного державою опікуна
- Основній особі більше 16 років, але вона не має компетенції давати самостійну згоду, тому я підписую в якості найближчого родича
- Основній особі якої стосується медична інформація від 12 до 16 років, особа сама погодилась на медичну допомогу. Нижчепідписаний медичний працівник підтверджує, що він/вона в співпраці з молодою особою вирішила, що згоду може бути надано.

DUF-номер основної особи:	
Підпис основної особи/від імені основної особи:	
Місце, дата:	

Ім'я та посада особи, що отримала згоду:	
Підпис особи, що отримала згоду:	
Місце, дата	