

IIZ-Koordinationsstelle

(Formular V/TB-5)

IIZ-Vollmacht

für den Datenaustausch und IIZ-Teilnahmebestätigung

VollmachtgeberIn: Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Der Zweck der **Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ)** ist die Förderung der beruflichen Wiedereingliederung durch koordinierte und zielgerichtete Abklärungen und Integrationsmassnahmen. Im Kanton Luzern bilden Fachpersonen von folgenden IIZ-Partnerinstitutionen jeweils ein fallbezogenes IIZ-Team und setzen die Zusammenarbeit um:

- Zuständiges RAV (inkl. BJB)
- IV-Stelle Luzern
- Zuständiger Sozialdienst der Gemeinde, bzw. SoBZ des Kantons Luzern
- SUVA Zentralschweiz
- IIZ-Koordinationsstelle des Kanton Luzern

Um eine umfassende Abklärung durchführen zu können, ist das IIZ-Team darauf angewiesen, untereinander die für die berufliche Eingliederung notwendigen Informationen austauschen zu können.

Zusätzlich kann es hilfreich sein, dass das IIZ-Team auch bei andern involvierten, nachfolgend aufgeführten Fachstellen und Fachpersonen eingliederungsrelevante Auskünfte und Unterlagen einholt (z.B. ÄrztInnen, TherapeutInnen, RechtsanwältInnen, BeiständInnen, Kranken- und Unfallversicherer, andere Beratungsstellen):

Name/Vorname	Name Institution und/oder Funktion der Fachperson	Adresse, email, Tel. Nr.

Die unterzeichnende Person ist damit einverstanden, dass innerhalb des IIZ-Teams und mit den oben aufgeführten Fachstellen und Fachpersonen die sie betreffenden Daten ausgetauscht werden. Der Datenaustausch geschieht unter vollständiger Wahrung des Persönlichkeitsschutzes und Beachtung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen.

Die unterzeichnende Person bestätigt, das **Merkblatt „IIZ-Teilnahmeinformation“** erhalten und verstanden zu haben und erklärt sich bereit, *aktiv* am IIZ-Prozess mitzuwirken.

Die Teilnahme an einem IIZ-Prozess ist **freiwillig**. Diese Vollmacht kann von der unterzeichnenden Person jederzeit widerrufen werden, was den Abbruch, bzw. Abschluss der IIZ zur Folge hat.

Das IIZ-Team wird nach Abschluss des IIZ-Prozesses aufgelöst und diese Vollmacht verliert ab diesem Zeitpunkt ihre Gültigkeit.

Datum

Unterschrift