

## Samverkan mellan Gislaveds kommun och polisen

**Har du fått det här brevet i handen betyder det att vi är många som är oroliga för ditt barn, men att vi också är många som vill hjälpas åt och samarbeta så det ska gå bra.**

Genom att skriva under vår samtyckesblankett (se sidan 2) kan vi tillsammans arbeta för att ditt barn ska få det bästa stödet.

Har du frågor eller funderingar kring samtycke, prata gärna med våra koordinatörer för SSPF. De kan berätta mer om vad det innebär att ha lämnat samtycke och hur vi sedan arbetar vidare.

### **Samverkan i Gislaveds kommun**

Samverkansgruppen är ett fast forum för informationsutbyte mellan skola, socialtjänsten, fritid, kultur och säkerhet i Gislaveds kommun samt polisen.

Målgruppen för samverkansgruppen är barn och unga, mellan 10 och 21 år. Socialtjänsten, skolan, polisen och fritidsverksamheten utgör alltid grunden i samverkansgruppen, men i de situationer där det bedöms värdefullt och vårdnadshavare gett samtycke kan även andra kopplas in.

### **Samsyn för bättre hjälp kring barnet**

Med samverkansgruppen skapas ett gemensamt arbete kring ert barn. Med samsyn kring barnet kan vi som arbetar i ett tidigt skede erbjuda bättre hjälp, för att undvika att ert barn hamnar i en ogynnsam situation.

### **Vårdnadshavaren löser sekretessen**

Samverkansgruppen bygger på att vårdnadshavare skriftligen godkänner att anställda från de tre myndigheterna får lov att lösa sekretessen och prata öppet om barnet. Fritid- och kulturverksamheten har ingen sekretess.

### **Blanketten skickas till**

Gislaveds kommun  
IFO vuxna insatser  
SSPF Koordinator  
33280 Gislaved

## Samtycke till informationsutbyte – blankett

### Vårdnadshavare

Jag samtycker till att socialtjänsten, skolan, polisen, fritid/kultur och säkerhet samverkar kring mina barns behov. Jag medger därför att nämnda myndigheter får utbyta information om mitt barn utan hinder av sekretess.

Mitt samtycke gäller **endast information** som behövs för att de samverkande myndigheterna på bästa sätt ska kunna hjälpa mitt barn.

Samtycket gäller till och med \_\_\_\_\_ eller tills annat överenskommes.

Jag kan när som helst återkalla mitt samtycke.

Ort och datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavares underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Tel: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Barnets namn: \_\_\_\_\_

Barnets personnummer: \_\_\_\_\_