



VOLLMACHT T1-FÄLLE, Ermächtigung für den Informationsaustausch

Im vorliegenden Dokument gelten alle Personen-, Status- oder Funktionsbezeichnungen für beide Geschlechter.

Über die Transition 1 (T1) sollen die Chancen für eine berufliche und/oder soziale Eingliederung einer betroffenen Person erhöht werden, indem man die bestmögliche Übereinstimmung zwischen ihrer Interessen und den institutionellen Hilfsmitteln sucht. Das Betreuungsprogramm zielt darauf ab, ein Berufsziel zu erarbeiten, das dem Potenzial der betroffenen Person entspricht, und die Person danach bei der Verwirklichung ihres Projekts zu begleiten. Durch das Anbieten von entsprechenden Massnahmen sollen Lehrabbrüche verhindert werden. Das Angebot der T1 stützt sich auf das Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über die Berufsbildung (EGBBG) vom 13. Juni 2008, namentlich auf die Artikel 3, 7, 40, 52, und die dazugehörige Verordnung (VOEGBBG) vom 9. Februar 2011. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und der Datenaustausch stützt sich auf das Arbeitslosenversicherungsgesetz (Art. 85f AVIG), das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (Art. 68bis IVG), das kantonale Gesetz über die Eingliederung und die Sozialhilfe (Art. 15bis) und das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (Art. 32 ATSG).

Damit die Transition 1 eine Gesamtbeurteilung der Situation vornehmen und effizient mit den involvierten Personen und Fachstellen zusammenarbeiten kann, **muss die betroffene Person und/oder ihr gesetzlicher Vertreter eine formelle Erklärung unterzeichnen, dass die Transition 1 alle sachdienlichen, in den verschiedenen Dossiers der folgenden Stellen enthaltenen Informationen in Erfahrung bringen und austauschen darf:**

- Dienststelle für Unterrichtswesen (DU) und das angegliederte Amt für Sonderschulwesen (ASW);
- Dienststelle für Hochschulwesen (DH) mit der Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung (BSL);
- Dienststelle für Industrie, Handel und Arbeit (DIHA) und ihre Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) sowie die LAM;
- Kantonale IV-Stelle Wallis ;
- Dienststelle für Sozialwesen (DSW) mit dem Amt für Asylwesen (AAW) und den Sozialmedizinischen Zentren (SMZ);
- Kantonale Dienststelle für die Jugend (KDJ), das ihr angegliederte Amt für Kinderschutz (AKS) und das Zentrum für Entwicklung und Therapie des Kindes und Jugendlichen (ZET);

Je nach Anforderungen der einzelnen Fälle kann es auch vorkommen, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Transition 1 mit folgenden Fachleuten/Institutionen Auskünfte oder Unterlagen austauschen:

Anbieter von Übergangsmassnahmen

Anbieter von Begleitmassnahmen

andere:

Die betroffene Person und/oder ihr gesetzlicher Vertreter bestätigt/bestätigen, folgende Personen vom Berufsgeheimnis zu entbinden:

Vertrauensarzt:

behandelnder Arzt:

Anwalt, Rechtsberater / Gewerkschaften:

Ehemalige Arbeitgeber:

VOLLMACHT T1-FÄLLE

Mit der vorliegenden Vollmacht geben die betroffene Person (und ihr gesetzlicher Vertreter) ihre Zustimmung, dass die verschiedenen Partnerinstitutionen der Transition 1 personenbezogene Daten – konkret Daten zur schulischen, beruflichen, medizinischen oder finanziellen Situation – untereinander austauschen dürfen, sofern die Gesetze und Regeln zum Datenschutz eingehalten werden.

Diese Vollmacht ist ab Unterzeichnung für zwei Jahre gültig und kann jederzeit widerrufen werden. Dauert das Verfahren über zwei Jahre, muss eine neue Vollmacht unterzeichnet werden. Die vorliegende Vollmacht endet, sobald die IIZ-Partner das Verfahren abgeschlossen haben oder sich die betroffene Person aus dem IIZ-Verfahren zurückzieht. Die während des IIZ-Verfahrens gesammelten Daten werden nach Abschluss archiviert und nach 3 Jahren vernichtet. Dies gilt gleichermassen, wenn die betroffene Person die vorliegende Vollmacht zurückzieht.

Die betroffene Person stimmt zu, dass die Partner der IIZ den Fall direkt und ohne zusätzliche Unterschrift melden dürfen.

Die betroffene Person und/oder ihr gesetzlicher Vertreter kann/können jederzeit Einsichtnahme ins Dossier verlangen.

Name und Vorname der betroffenen Person :.....

AHV-Nr.:.....

Geburtsdatum:.....

Ort und Datum:

.....

Unterschrift der betroffenen Person

.....

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
(für den Beistand: bitte Kopie des
Ernennungsentscheids der KESB beilegen)

.....

Mitarbeiter/in der Meldestelle:.....