

**Einverständniserklärung IIZ  
für die IIZ-Teilnahme und den Datenaustausch**

Name, Vorname: .....

Adresse, PLZ, Wohnort: .....

Telefon-Nr.: .....

AHV-Nr.: .....

Ich gebe mein Einverständnis, dass die im IIZ-Netzwerk Kanton Zürich zusammenarbeitenden Behörden, Organisationen respektive Personen die rechtmässig beschafften Informationen gegenseitig mündlich oder schriftlich austauschen und bearbeiten können, soweit sie für die berufliche Integration relevant sind.

Der Zweck der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) ist die Förderung der beruflichen Integration durch koordinierte Abklärungen und Integrationsmassnahmen. Im IIZ-Netzwerk Kanton Zürich arbeiten das Amt für Arbeit, die SVA Zürich (IV-Stelle), das Amt für Jugend und Berufsberatung (Berufsinformationszentren) respektive das Laufbahnzentrum (LBZ) der Stadt Zürich, das Kantonale Sozialamt und die Sozialhilfeorgane der Gemeinden bzw. Städte zusammen.

Meine Gemeinde / Stadt: .....

Der Datenaustausch und die Datenbearbeitung geschehen unter Wahrung der Gesetze und Weisungen über den Datenschutz und den Schutz von Personendaten. Die IIZ stützt sich auf folgende gesetzliche Grundlagen: Bundesgesetz über die Arbeitslosenversicherung, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Bundesgesetz über die Berufsbildung, kantonales Sozialhilfegesetz, sowie Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes.

Weiter gebe ich meine Zustimmung dazu, dass die

- Gespräche und Resultate der Zusammenarbeit protokolliert werden
- Ergebnisse anonymisiert in Berichten und für das Controlling verwendet werden
- Mitglieder des IIZ-Fallteams berechtigt sind, die für die Eingliederung in Frage kommenden weiteren Stellen (z.B. behandelnde Ärzt/innen, Therapeut/innen, Arbeitgebende, Institutionen) bedarfsgerecht zu informieren und Informationen für die Integration einzuholen

Ich nehme zur Kenntnis, dass für den Austausch mit den weiteren Personen, die dem Arzt- bzw. Berufsgeheimnis unterstehen, eine separate Entbindung erstellt wird.

Ich erkläre mich bereit, freiwillig, aktiv und verbindlich am IIZ-Prozess mitzuarbeiten.

Diese Einverständniserklärung gilt bis zum Abschluss der Zusammenarbeit im IIZ-Netzwerk Kanton Zürich. Sie kann jederzeit widerrufen werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass mein allfälliger Widerruf zum Ende des IIZ-Prozesses führt. Ich habe ein Auskunfts- und Akteneinsichtsrecht.

Diese Einverständniserklärung gilt als verbindliche Anfrage beim IIZ-Netzwerk Kanton Zürich. Die Anfrage zur IIZ-Fallaufnahme wird durch die falleinbringende Institution vorgenommen.

Datum: .....

Unterschrift: .....

(oder Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)