|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gesundheits- und Fürsorgedirektiondes Kantons Bern | Direction de la santé publique et de la prévoyance socialedu canton de Berne |  |  |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sozialamt | Office des affaires sociales |  |  |

Nom du service social

Rue No

NPA Lieu

Collaboratrice/collaborateur social : Prénom, Nom
Téléphone : No Téléphone

**Cliente/Client : Prénom, Nom
No AS : No d’assurance sociale**

Procuration pour l’échange de données et d’informations entre l’ORP et le service social

Informations

Le Service de l’emploi du canton de Berne (ci-après ORP) et les services sociaux du canton de Berne collaborent en vue d’accélérer et de pérenniser l’insertion professionnelle de leur clientèle commune. Pour ce faire, ils doivent coordonner et cibler leurs procédures de clarification et leurs mesures d’insertion.

Afin de procéder à des clarifications exhaustives, votre ORP et votre service social doivent pouvoir échanger les données et informations nécessaires par oral et par écrit.

Caractère facultatif

La signature de la présente procuration est facultative.

Droit de consulter les dossiers

Vous pouvez en tout temps demander des renseignements sur votre dossier ou exiger de le consulter.

Révocation et durée

Vous pouvez révoquer la présente procuration en tout temps, sans évoquer de motifs.

Si elle n’est pas révoquée avant, la procuration reste valable six mois. Ensuite, une nouvelle procuration est requise pour l’échange de données et d’informations.

Approbation et ampleur de l’échange de données et d’informations

[ ]  Je sais que je signe cette procuration à titre facultatif et que je peux la révoquer en tout temps.

En signant cette procuration, j’autorise mon ORP et mon service social à échanger les données et informations qui

[ ]  leur sont nécessaires pour prendre des mesures de clarification et d’insertion coordonnées et ciblées ;

[ ]  sont requises pour définir ou modifier des prestations, en exiger la restitution ou éviter le versement d’indemnités indues.

Veuillez cocher ce qui convient

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu, date |  | Prénom, nom cliente/client / Signature |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lieu, date |  | Timbre du service social |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Prénom, nom collaboratrice/collaborateur social / Signature |