

Anmälan om en person som behöver socialvård

(Socialvårdslagen 1301/2014)

Den dag då anmälan inkommit: _____

Personuppgifter om den person som behöver socialvård	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Postadress	Postnummer
	Boningsort	Telefonnummer

Innehållet i anmälan	<input type="checkbox"/> Personen har gett sitt samtycke till att man får kontakta den myndighet som ansvarar för den kommunala socialvården (35 § 1 mom.) Samtycket kan inte fås och personen är uppenbart oförmögen att svara för (35 § 2 mom.) <input type="checkbox"/> sin omsorg <input type="checkbox"/> sin hälsa <input type="checkbox"/> sin säkerhet <input type="checkbox"/> Anmälan har diskuterats per telefon med kommunens socialvård
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Beskrivning av situationen	
-----------------------------------	--

Boende och andra uppgifter	<input type="checkbox"/> bor ensam <input type="checkbox"/> hemma <input type="checkbox"/> bor tillsammans med någon annan <input type="checkbox"/> annanstans, var? _____ <input type="checkbox"/> en närstående sköter personens ärenden De social- och hälsovårdstjänster personen använder (om känt) och/eller övriga relevanta uppgifter <input type="checkbox"/> <u>som biliga</u>
-----------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Uppgifter om anmälaren	Datum _____ Anmälares underskrift _____ _____ Namnförtydligande, yrkesbenämning, telefonnummer
-------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Återsändningsadress: Lojo stad
Vuxensocialarbete
PB 71, 08101 Lojo

Besöksadress:
Kalevagatan 4
08100 Lojo

Tfn 019 3690 (växel)
Fax. 019 369 1141