

Mottagen ____/____/____

Anmälan lämnad till tjänsteordnaren utan personens samtycke om en persons uppenbara behov av socialvård.

Person som anmälan gäller	Efternamn och förnamn	
	Personbeteckning	
	Har personen spärrmarkering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Adress	
	Postnummer	Postort
	Telefonnummer	E-post
	Anmälare	Efternamn och förnamn
Uppgiftsbeteckning		
Organisation		
Adress		
Telefonnummer		E-post
Anmälande instans	<input type="checkbox"/> Personen själv <input type="checkbox"/> Polisen <input type="checkbox"/> Brand- och räddningsväsendet <input type="checkbox"/> Nödcentralen <input type="checkbox"/> Barndagvården <input type="checkbox"/> Morgon- och eftermiddagsverksamheten för skolelever <input type="checkbox"/> Utbildningsanordnaren <input type="checkbox"/> Ungdomsväsendet <input type="checkbox"/> Församlingen <input type="checkbox"/> Mottagningscentralen eller flyktingslussen <input type="checkbox"/> Brottspåföljdsmyndigheten <input type="checkbox"/> Person som bor i samma hushåll <input type="checkbox"/> Anonym anmälare <input type="checkbox"/> Framgår inte av anmälan <input type="checkbox"/> Annan	

	Ge vid behov närmare information om anmälaren
Hemlighållande	<p>Personen har av grundad anledning rätt att begära hemlighållande av sina uppgifter. Det gäller inte myndigheter eller yrkesutbildade personer.</p> <p>Uppgifter om anmälaren får röjas för den som anmälan gäller eller för andra parter.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (fyll i följande punkt)</p> <p>Motivering för hemlighållande:</p>
Oro som är anledning till att anmälan om behov av socialvård görs	<p><input type="checkbox"/> 1 = Behov av stöd för att klara sig från dag till dag</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Behov av stöd i boendet</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Behov av ekonomiskt stöd</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Behov av stöd som gäller delaktighet och utslagning</p> <p><input type="checkbox"/> 5 = Behov av stöd som orsakas av våld i nära relationer eller våld i familjen eller kränkande behandling</p> <p><input type="checkbox"/> 6 = Behov av stöd som gäller en plötslig krissituation</p> <p><input type="checkbox"/> 7 = Behov av stöd som gäller ett barns balanserade utveckling och välfärd</p> <p><input type="checkbox"/> 8 = Behov av stöd som orsakas av missbruk</p> <p><input type="checkbox"/> 9 = Behov av stöd som orsakas av psykiska problem</p> <p><input type="checkbox"/> 10 = Behov av stöd som orsakas av nedsatt funktionsförmåga</p> <p><input type="checkbox"/> 11 = En anhörigs eller en närståendes behov av stöd</p> <p><input type="checkbox"/> 99 = Behov av annat stöd</p>

<p>Beskrivning av situationen och oron</p>	
<p>Datum för anmälan</p>	

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- 35 § i socialvårdslagen (1301/2024)
- 25 § i lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012)
- 24 § 25 punkten i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999)
- 14 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)

Anmälan gällande personer i arbetsför ålder skickas till adressen: Servicepunkt för socialtjänster för personer i arbetsför ålder

Mannerheimgatan 20 E

06100 Borgå

ELLER

eller skicka blanketten till som [krypterad e-post](#) till aikuissosiaalityo@itauusimaa.fi

Anmälan gällande äldre personer skickas till adressen:

Servicerådgivning för äldre

Östra Nylands välfärdsområde, Tullportsgatan 4

06100 Borgå.

ELLER

eller skicka blanketten till som [krypterad e-post](#) till kirjaamo@itauusimaa.fi.