

Kundens uppgifter	Efternamn och alla förnamn	Personbeteckning
	Telefonnummer	
	Socialservicen som samtycke gäller	
Samtycke	<p>Jag ger mitt samtycke till att den av mig utsedda personen uträttar ärenden för mig i följande tjänster:</p> <p><input type="checkbox"/> Tjänster för äldre</p> <p><input type="checkbox"/> Socialservice för barnfamiljer</p> <p><input type="checkbox"/> Mental- och missbrukarvård</p> <p><input type="checkbox"/> Tjänster för personer i arbetsför ålder</p> <p><input type="checkbox"/> Funktionshinderservice</p> <p><input type="checkbox"/> Annat, vad?</p> <p>Denna fullmakt gäller inte följande tjänster inom socialservicen:</p>	
En befullmäktigad person	Jag har utsett följande person att agera för min räkning i ovan nämnda tjänster:	
	Efternamn	Alla förnamn
	Personbeteckning	Telefonnummer
	<p>Samtycket gäller (välj ett av alternativen):</p> <p><input type="checkbox"/> tidsbestämt till 20</p> <p><input type="checkbox"/> tills vidare</p>	
Datum och underskrift	<p>Jag är medveten om att jag om jag vill kan återkalla mitt samtycke när som helst genom att skicka en skriftlig anmälan till den ansvarsanställda eller registratorskontoret. Uppgifterna om samtycke sparas i Östra Nylands välfärdsområdes klientdatasystem.</p>	
	Ort och datum	
	Underskrift och namnförtydligande av den person som ger samtycke	

- 1) Fyll i denna blankett och printa ut.
- 2) Lämna i första hand in anmälan till den tjänst som samtycke gäller.

Kontrollering av identiteten (en anställd i välfärdsområdet fyller i):

<input type="checkbox"/> Körkort	Datum
<input type="checkbox"/> Identitetskort	Underskrift
<input type="checkbox"/> Pass	
<input type="checkbox"/> Annat, vad	Namnförtydligande