Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

FÖREGRIPANDE BARNSKYDDSANMÄLAN

Sekretessbelagd

Mottagen _____/_____/_____

Anmälan som görs av en anmälningsskyldig person till serviceanordnaren om att det finns en grundad orsak att misstänka att barnet behöver barnskyddets stödåtgärder genast efter sin födsel och att personerna som anmälan görs om eventuellt har ett behov av socialvårdens tjänster.

Person som anmälan görs om	Efternamn och förnamn	
	Personbeteckning	
	Har personen spärrmärkning ☐ Ja ☐ Nej	
	Gatuadress	
	Postnummer	Postkontor
	Telefonnummer	E-post
Det kommande barnets andra förälder	Efternamn och förnamn	
	Personbeteckning	
	Har personen spärrmärkning ☐ Ja ☐ Nej	
	Gatuadress	
	Postnummer	Postnummer
	Telefonnummer	E-post
Anmälare	Efternamn och förnamn	
	Uppgiftsbeteckning	
	Organisation	
	Adress	
	Telefonnummer	E-post
Anmälande instans	☐ Yrkesperson inom socialvården ☐ Yrkesperson inom hälsovården ☐ Yrkesperson inom en organisation inom social- eller hälsovårdsbranschen ☐ Arbetskraftsmyndighet ☐ Polismyndighet ☐ Brand- och räddningsmyndighet ☐ Nödcentralsmyndighet ☐ Yrkesperson inom småbarnspedagogiken ☐ Yrkesperson vid en enhet som ordnar morgon- eller eftermiddagsverksamhet för skolelever	☐ Yrkesperson inom utbildningsväsendet eller annan arrangör av undervisning och utbildning ☐ Yrkesperson inom ungdomsväsendet ☐ Yrkesperson inom en församling eller annat religiöst samfund ☐ Brottspåföljdsmyndighet ☐ Utsökningsmyndighet ☐ Folkpensionsanstalten ☐ Annan instans

	Tilläggsinformation om den anmälande instansen vid behov
Orsaker till föregripande barnskyddsanmälan	☐ 1 = Behov av stöd i vardagen ☐ 2 = Behov av stöd angående boende ☐ 3 = Behov av ekonomiskt stöd ☐ 4 = Behov av stöd relaterat till delaktighet och marginalisering ☐ 5 = Behov av stöd relaterat till närrelations- och familjevåld ☐ 6 = Behov av stöd relaterat till en akut krissituation, ☐ 7 = Behov av stöd angående barnets välmående och balanserad utveckling ☐ 8 = Behov av stöd orsakat av missbruk av rusmedel ☐ 9 = Behov av stöd orsakat av problem med den mentala hälsan ☐ 10 = Behov av stöd orsakat av en försvagad funktionsförmåga ☐ 11 = Behov av stöd för en närstående ☐ 99 = Annat behov av stöd
	Mer information om orsakerna till föregripande barnskyddsanmälan.
Familje- och boendesituation	*Beskrivning av personens familje- och boendesituation. Du kan även anteckna information om familjens övriga barn*
Tidigare stöd	
Barnets uppskattade födelsetid	
Tillkännagivande av anmälan	Den kommande modern har informerats om en föregripande barnskyddsanmälan. ☐ Ja ☐ Nej Den kommande andra föräldern har informerats om en föregripande barnskyddsanmälan. ☐ Ja ☐ Nej
	Mer information om informerande av de kommande föräldrarna *Tilläggsuppgifter antecknas särskilt i fall där en av vårdnadshavarna inte har informerats om att en anmälan har gjorts. I fältet kan även antecknas vem som har informerat om anmälan eller orsakerna till att informationen inte har getts.*

Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

FÖREGRIPANDE BARNSKYDDSANMÄLAN
Sekretessbelagd
Mottagen _____/_____/_____

Datum för anmälan	/ /.20
Författare	*Författaren bokförs i fall där barnskyddsanmälan tagits emot muntligt eller till exempel på en pappersblankett. Författaren är en yrkesperson inom socialvården som bokför informationen i systemet.*
	Namn
	Uppgiftsbeteckning
	Serviceenhet

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- *Barnskyddslag (417/2007)*
- *24 § 25 punkten i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999)*
- *14 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)*

1) Fyll i blanketten.
2) Skicka den per post till: Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Lapsiperheiden palvelut, Taidetehtaankatu 4C, 06100 Porvoo