

Mottagits, datum	Mottagits av
------------------	--------------

KLIENTENS PERSONUPPGIFTER	Efternamn, förnamn (strecka under tilltalsnamn)	Personbeteckning
	Adress	
	Postnummer och adressort	Epost
	Telefon	
	Minderårigs vårdnadshavare/intressebevakaren och dennes adress	

DEN SOM FRAMSTÄLLER ANMÄRKNINGEN (om annan än klienten)	Namn	Epost
	Adress	
	Postnummer och adressort	Telefon

FÖREMÅL FÖR ANMÄRKNINGEN	Verksamhetsenhet
	Tidpunkt för händelsen
	Vem/vad anmärkningen gäller (t.ex. namn och tjänsteställning)

ANMÄRKNING
Lagen om klientens ställning och
rättigheter inom socialvården (812/2000)

DEN FRÅGA SOM ANMÄRKNINGEN GÄLLER	<input type="checkbox"/> Personalens uppförande eller något annat i anslutning till bemötandet <input type="checkbox"/> Tystnadsplikt och datasekretess <input type="checkbox"/> Handläggningstid eller att få kontakt <input type="checkbox"/> Dokumentanteckningar <input type="checkbox"/> Klientavgifter <input type="checkbox"/> Tillgången till service <input type="checkbox"/> Beslut <input type="checkbox"/> Rätt att få upplysningar <input type="checkbox"/> Klientavgifter <input type="checkbox"/> Självbestämmanderätt <input type="checkbox"/> Annat:
--	---

BESKRIVNING AV HÄNDELSEN (vid behov i separat bilaga) <input type="checkbox"/> se bilaga	
---	--

ANMÄRKNING
Lagen om klientens ställning och
rättigheter inom socialvården (812/2000)

KRAV I FRÅGAN (förslag om att förbättra eller korrigera verksamheten)	
---	--

DATUM OCH UNDERSKRIFT	<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att de dokument som sammanhänger med anmärkningen får ges socialombudsmannen för kännedom. Ort och datum Underskrift och namnförtydligande av den som framställer anmärkningen
------------------------------	--

SAMTYCKE OCH DATUM	<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att de som verkar inom socialvården får meddela de uppgifter i anslutning till mitt klientskap som behövs för utredning av denna anmärkning oberoende av bestämmelserna om handlingssekretess och tystnadsplikt. Ort och datum Klientens eller intressebevakarens/vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande
---------------------------	--

I fråga om det svar som ges med anledning av anmärkningen får ändring inte sökas genom besvär. Svarstid 4 veckor.

ANMÄRKNING
Lagen om klientens ställning och
rättigheter inom socialvården (812/2000)

Skicka anmärkningen till

Östra Nylands välfärdsområde
Registratorskontoret
Mannerheimgatan 20 K
06100 Borgå

Eller per krypterad e-post, se anvisningarna under.

- Bifoga adressen direkt i webbläsaren <https://www.turvaposti.fi/viesti/kirjaamo@itauusimaa.fi>
- Skriv i fältet högst upp din egen e-postadress. Det kommer en begäran om bekräftelse från Turvaposti på din e-post.
- Skriv ett meddelande och bifoga bilagan/bilagorna. Bilagornas sammanlagda maximala storlek är 100 Mb.
- Tryck på "Skicka".
- Från Turvaposti får du en begäran om bekräftelse i din e-postadress som du också ska kvittera genom att klicka på länken i meddelandet.
- Meddelandet går till mottagaren först efter din kvittering!

Välfärdsområdet fyller i:

<p>DOKUMENTET OCH SVARET återlämnas jämte bilagor</p> <p style="text-align: center;">till klienten / till den som framställt anmärkningen</p> <p style="text-align: center;">till socialombudsmannen</p>	<p>Återlämnats, datum</p>
---	-------------------------------