

FÖR BEDÖMNING AV STÖDBEHOVET

Skyldighet att enligt Socialvårdslagen 35 § styra person till eller direkt kontakta socialvården: Om en sådan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994), en socialkurator eller en anställd hos socialväsendet, undervisningsväsendet, idrottsväsendet, barndagvården, räddningsverket, Nödcentralsverket, Tullen, polisen, Brottspåföljdsmyndigheten, arbets- och näringsmyndigheten, Folkpensionsanstalten eller utsokningsmyndigheten i sitt arbete har fått kännedom om en person vars **behov av socialvård är uppenbart**, ska han eller hon **styra** personen till att söka socialservice eller om personen samtycker till det **kontakta den myndighet** som ansvarar för den kommunala socialvården, så att stödbehovet kan bedömas.

Om samtycke inte kan fås och **personen är uppenbart oförmögen** att svara för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, eller om ett barns bästa absolut kräver det, ska de personer som omnämns ovan utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av socialvård trots sekretessbestämmelserna.

I 25 och 25 c § i barnskyddslagen regleras hur man gör en barnskyddsanmälan och en föregripande barnskyddsanmälan. Om den anmälningspliktiga personen i enlighet med 1–3 mom. utan dröjsmål har kontaktat den myndighet som ansvarar för socialvården och uppgett orsakerna till kontakten, behöver ingen barnskyddsanmälan göras på grundval av samma uppgifter (Socialvårdslagen 35 §). Vid anmälan om äldre personers servicebehov ska dessutom bestämmelserna i 25 § i äldreomsorgslagen följas.

PERSON SOM KONTAKTEN GÄLLER

Förnamn och efternamn	Personbeteckning	Telefon
Näradress	Postnummer och postanstalt	Medborgarskap, om ej finskt

SAMTYCKE TILL KONTAKTEN

<input type="checkbox"/> Personen har gett sitt samtycke	Underskrift, om det är möjligt att få
<input type="checkbox"/> Samtycke går inte att få och personen är uppenbart oförmögen att svara för: <input type="checkbox"/> sin omsorg <input type="checkbox"/> sin hälsa <input type="checkbox"/> sin säkerhet <input type="checkbox"/> barnets intresse kräver en kontakt	

KONTAKTUPPGIFTER TILL DEN SOM TAGIT KONTAKT (obligatorisk information om den som tagit kontakt är en myndighet)

Efternamn och förnamn	Yrkesbeteckning och arbetsplats, om den som tagit kontakt är en myndighet	
Näradress	Postnummer och postanstalt	Telefon

Datum och plats	Underskrift (den som tagit kontakt undertecknar)
-----------------	--

ORSAKER SOM FÖRANLETT KONTAKTEN / ANMÄLAN (Oro som ligger till grund för anmälan om behov av socialvård: beskrivning av oron, beskrivning av personens/familjens situation)

KONTAKT TAS TILL / ANMÄLAN GÖRS TILL:

Till närmaste sociala verksamhetsenhet i din kommun (kontaktuppgifter pohjanmaanhyvinvointi.fi) eller till adressen:

Österbottens välfärdsområde PB 101, 65101 VASA