



Kunta

**Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja
ja oikeuksista annetun lain mukainen****MUISTUTUS**

Päivämäärä (viranomaisen täyttää)

ASIAKKAAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja –toimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen holhooja ja hänen osoitteensa	

MUISTU- TUksen TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas)	Nimi	
	Osoite	
	Postinumero ja –toimipaikka	Puhelin

MUISTU- TUksen KOHDE	Toimintayksikkö	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	

TAPAHTUMAN Kuvaus ja muistutuk- sen aihe (tarvittaessa eri liitteellä)	
<input type="checkbox"/> ks. liite	

VAATIMUKSET	Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi
--------------------	-------------------------------------

Muistutuksen tekijän allekirjoitus	_____
	(päivämäärä)

ASIAKKAAN SUOSTUMUS	<p>Suostun siihen, että sosiaalihuollon viranomainen tai muu sosiaalipalvelujen järjestäjä sekä terveydenhoito- toimintaa harjoittavat saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi sosiaaliammattilaisille.</p> <p>Asiakkaan allekirjoitus</p>
----------------------------	--

Täytetty lomake lähetetään osoitteella Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, PL 42, 30101 Forssa

MUISTUTUKSEN PERUSTEELLA ANNETTU VASTAUS (tarvittaessa eri liitteellä)

Katso liite

VASTAUKSEN ANTAJA	Nimi	Virka-asema	
VASTAUS PERUSTELUINEEN			
	Päiväys, allekirjoitus ja nimen selvennys		

Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, 23. pykälä)

ASIAKIRJAT	Asiakirjat liitteineen palautetaan muistutuksen tekijälle	Palautettu, pvm
-------------------	---	-----------------