

_____ kunta/kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimi

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista
annetun lain (812/2000) mukainen **MUISTUTUS**

Muistutus toimitetaan toimintayksikön
esimiehelle

Vastaanotettu, pvm Vastaanottaja

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------|
| ASIAKKAAN HENKILÖTIEDOT | Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan) | Henkilötunnus |
| | Osoite | |
| | Postinumero ja -toimipaikka | Puhelin |
| | Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa | |

| | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|
| MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas) | Nimi | |
| | Osoite | |
| | Postinumero ja -toimipaikka | Puhelin |

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

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| TAPAHTUMAN KUVAUS (tarvittaessa eri liitteellä) <input type="checkbox"/> ks. liite | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |

| | | |
|------------------------------|------------------------------------|--|
| MUISTUTUKSEN AIHE | Mistä asiasta halutaan muistuttaa? | |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN | Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

| | |
|-------------------------------------|-------|
| PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS | _____ |
|-------------------------------------|-------|

| | |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASIAKKAAN SUOSTUMUS JA PÄIVÄYS | Suostun siihen, että sosiaalihuollon viranomainen tai muu sosiaalipalvelun järjestäjä sekä terveydenhoitotoimintaa 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 ja vastaus voidaan antaa tiedoksi sosiaaliasiamiehelle. |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> _____ _____ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Päiväys Asiakkaan allekirjoitus </div> |

MUISTUTUKSEN PERUSTEELLA ANNETTU VASTAUS (tarvittaessa eri liitteellä) ks. liite

| | | |
|--------------------------------------------------------------|-------|-------------|
| VASTAUKSEN ANTAJA | Nimi | Virka-asema |
| VASTAUS PERUSTELUI- NEEN | _____ | |
| sekä | _____ | |
| MUISTUTUKSEN JOHDOSTA TEHDYT TOIMENPITEET | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |
| | _____ | |

| | |
|-------------------------------------|-------|
| PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS | _____ |
|-------------------------------------|-------|

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

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ASIAKIRJAT JA VASTAUS liitteinen palautettu | Päivämäärä |
| <input type="checkbox"/> asiakkaalle/muistutuksen tekijälle <input type="checkbox"/> sosiaaliasiamiehelle | _____ |