



**Ilmoitusvelvollisuus, Sosiaalihuoltolaki 35 §**

Jos terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettu terveydenhuollon ammattihenkilö, sosiaalikirjuri taikka sosiaalitoimen, opetustoimen, liikuntatoimen, lasten päivähoidon, pelastuslaitoksen, Hätäkeskuslaitoksen, Tullin, poliisin, Rikosseuraamuslaitoksen, työ- ja elinkeinoviranomaisen, Kansaneläkelaitoksen tai ulosottoviranomaisen palveluksessa oleva on tehtävässään saanut tietää henkilöstä, jonka sosiaalihuollon tarve on ilmeinen, hänen on ohjattava henkilö hakemaan sosiaalipalveluja tai henkilön antaessa suostumuksensa otettava yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen, jotta tuen tarve arvioitaisiin. (35 § 1 mom.)

Jos suostumusta ei voida saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan, tai lapsen etu sitä välttämättä vaatii, 1 momentissa tarkoitettujen henkilöiden on tehtävä ilmoitus sosiaalihuollon tarpeesta salassapitosäännösten estämättä viipymättä. (35 § 2 mom.)

Myös muu kuin 1 momentissa tarkoitettu henkilö voi tehdä ilmoituksen häntä koskevien salassapitosäännösten estämättä. (35 § 3 mom.)

**Sosiaalihuollon tarpeessa olevan henkilötiedot**

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Postinumero
Asuinkunta	Puhelinnumero

**Ilmoituksen sisältö**

<input type="checkbox"/> Henkilö on antanut suostumuksensa ottaa yhteyttä kunnallisesta sosiaalihuollosta vastaavaan viranomaiseen (35 § 1 mom.)
Suostumusta ei voida saada ja henkilö on ilmeisen kykenemätön vastaamaan ((35 § 2 mom.)
<input type="checkbox"/> huolenpidostaan
<input type="checkbox"/> terveydestään
<input type="checkbox"/> turvallisuudestaan
<input type="checkbox"/> lapsen etu sitä välttämättä vaatii
<input type="checkbox"/> Ilmoituksesta on oltu puhelimitse yhteydessä kunnan sosiaalihuoltoon.
Kuvaus tilanteesta

**Huoltajan tiedot, jos ilmoitus tehdään alaikäisestä**

Huoltajan nimi / huoltajien nimet	
Osoite	Postinumero
Asuinkunta	Puhelinnumero

**Asuminen ja muut tiedot**

<input type="checkbox"/> yksin	<input type="checkbox"/> kotona
<input type="checkbox"/> yhdessä jonkun kanssa	<input type="checkbox"/> muualla, missä?
<input type="checkbox"/> läheinen tai henkilö, joka hoitaa asioita	
<input type="checkbox"/> Käytössä olevat sosiaali- ja terveystiedot (jos tiedossa) ja/tai muut olennaiset tiedot liitteenä	
Onko palveluja tarvitsevalle tehty aiempaa ilmoitusta sosiaalihuollon tarpeesta.	
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?

**Ilmoittajaa koskevat tiedot**

Päiväys ja ilmoituksen tekijä / 20			
Allekirjoitus	Nimenselvennys	Ammattinimike	Puhelinnumero
Liitteet kpl			