



SOLNAN KAUPUNKI

Hoivahallinto

171 86 Solna

Pvm.

Toimenpidehakemus sosiaalipalvelulain perusteella

Hakija

Hakijan nimi	Henkilötunnus
Hakijakumppanin nimi	Henkilötunnus
Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka	Puhelin

Omainen

Nimi	Puhelin kotiin
Katuosoite, postinumero ja -toimipaikka	Työpuhelinnumero

Hakemus koskee

Kuvaile omin sanoin, mitä hakemus koskee

Allekirjoitus

Suostun siihen, että hoivahallinto saa hakea tietoja tuloistani ja saamistani tuista verohallinnolta, valtion vakuutuslaitokselta ja vakuutuskassalta. Suostun myös siihen, että tilanteeni kannalta välttämättömiä tietoja luovutetaan palveluntarjoajille, jotta hoito-, hoiva- ja palvelutoimenpiteet voidaan suorittaa turvallisesti. Suostun siihen, että perusterveydenhuoltoon otetaan yhteyttä tarvittaessa ja että hoivahallinnolle toimitetaan erityisiä asumistarpeita koskevat sosiaalihuollon asiakirjat.

Olen saanut tietoa henkilötietojen käytöstä ja hyväksyn kyseisen käytön.

Hakijan allekirjoitus	Hoidosta, hoivasta ja palveluista veloitetaan hinnaston mukaan.
-----------------------	---