

Puolesta-asiointi sosiaalipalveluiden omapalvelussa

Valtuutan:

VALTUUTETUN TIEDOT

Etunimi	Sukunimi	Henkilötunnus
Sähköpostiosoite		Puhelinnumero

asioimaan puolestani Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän – Omapalvelussa, joka on sosiaalipalveluiden sähköinen asiointipalvelu. Hän voi lähettää hakemuksen puolestani määrittelemiini palveluihin ja näkee omapalvelun kautta minulle osoitetut päätökset ja maksut sekä muut asiakirjat jotka liittyvät ko. palveluun.

Tämä valtakirja oikeuttaa valtuutettua asioimaan seuraavissa palveluissa puolestani:

- Toimeentulotuki Omaishoidontuki
 Vammaispalvelu Sosiaalihuoltolain mukaisissa palveluissa
 Muu sosiaalipalvelu: _____

VALTUUTUKSEN VOIMASSAOLO

- Valtuutus on voimassa toistaiseksi __.__.20__ alkaen
 Valtuutus on voimassa __.__.20__ - __.__.20__

PAIKKA, AIKA, VALTUUTETUN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

Allekirjoittamalla hyväksyn valtuutuksen ja tietojeni tallennuksen Sosiaalitoimen tietojärjestelmään.

Paikka ja aika ____.____.20__	Valtuutetun allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------------------------	---------------------------------------------

VALTUUTUKSEN ANTAJAN TIEDOT

Etunimi	Sukunimi	Henkilötunnus
---------	----------	---------------

PAIKKA, AIKA, VALTUTUKSEN ANTAJAN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa valtuutuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän – sosiaalitoimistoon. Valtuutus perutaan esimerkiksi silloin, kun asiakkaan puolesta toimiva henkilö ei enää hoida asiakkaan asioita.

Paikka ja aika ____.____.20__	Valtuutuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys
----------------------------------	------------------------------------------------------