



Yhteydenotto / Ilmoitus sosiaalihuoltoon
tuen tarpeen arvioimiseksi (Sosiaalihuoltolaki 35 §)
Saapunut ____ . ____ . 20 ____

Yhteydenottoa / ilmoitusta koskevan henkilön nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Henkilö asuu <input type="checkbox"/> itsenäisesti <input type="checkbox"/> huoltajan kanssa <input type="checkbox"/> avio- / avopuolison kanssa <input type="checkbox"/> muuten, miten?	
Huoltajan nimi (mikäli yhteydenotto / ilmoitus koskee alaikäistä)	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Huoltajan nimi (mikäli yhteydenotto / ilmoitus koskee alaikäistä)	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero
Yhteydenoton / ilmoituksen syy (kuvaa omin sanoin)	
Henkilön / huoltajan suostumus yhteydenottoon / ilmoitukseen <input type="checkbox"/> on saatu henkilön / huoltajan suostumus <input type="checkbox"/> ei ole saatu henkilön / huoltajan suostumusta	
Henkilölle / huoltajalle on kerrottu yhteydenotosta / ilmoituksesta <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
Ilmoittajataho (esimerkiksi itse, huoltaja, muu perheenjäsen / läheinen, varhaiskasvatus, opetustoimi, terveydenhuolto, sosiaalipäivystys, hätäkeskus, poliisi, palo- ja pelastustoimi, rikosseuraamuslaitos, palveluntuottaja)	
Yhteydenoton / ilmoituksen tekijän nimi (virka-asema / ammattinimike)	Osoite ja puhelinnumero
Yhteydenoton / ilmoituksen päiväys	____ . ____ . 20 ____
Yhteydenoton / ilmoituksen vastaanottaja (virka-asema / ammattinimike)	

Yhteydenoton / ilmoituksen palautusosoite:

Limingan kunta / Sosiaalipalvelut
Liminganraitti 4, 91900 Liminka

