

15–17-vuotiaan nuoren puolesta-asiointi vammaispalvelutoimiston sähköisen asiointin palvelussa

Hyvinvointialueen vammaispalveluissa 15–17-vuotiaan nuoren virallinen huoltaja voi asioida sähköisen asiointin palvelussa, Omapalvelussa, nuoren puolesta hänen suostumuksellaan.

Palvelujen käyttö edellyttää nuoren omaa allekirjoitettua ja henkilökohtaisesti vammaispalvelutoimistoon toimitettua suostumusta huoltajan asioimiseen puolestaan. Lomakkeella annetut tiedot nuoren huoltajuuden osalta tarkistetaan vammaispalvelujen ammattilaisten toimesta Väestörekisteritiedoista.

Puolesta-asiointi suoritetaan puolesta asioivan henkilön henkilökohtaisilla verkkopankkitunnuksella. Palvelussa huoltajan nimi ja henkilötunnus kirjataan nuoren asiakastietoihin Pirkanmaan hyvinvointialueen käyttämään sosiaalipalveluiden tietojärjestelmään. Puolesta-asiointin palvelu alkaa heti, kun merkinnät on viety tietojärjestelmään.

Suostumuksen osapuolet voivat purkaa milloin tahansa 15-17-vuotiaan nuoren puolesta-asiointin ilmoittamalla siitä kirjallisesti Pirkanmaan hyvinvointialueen vammaispalveluihin. Vammaispalvelujen yhteystiedot löytyvät internetsivuilta www.pirha.fi.

Mahdollisuus sähköiseen asiointiin päättyy, kun nuoren asiakkuus hyvinvointialueen vammaispalveluissa lakkaa, sopimuksen tehneen huoltajan huoltajuus päättyy tai kun nuori täyttää 18 vuotta.

Mikäli Pirkanmaan hyvinvointialue havaitsee puolesta-asiointin tahallisia väärinkäytöksiä, huoltajan oikeudet käyttää palvelua voidaan välittömästi evätä.

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Pirkanmaan hyvinvointialueen vammaispalvelujen sähköisessä asiointipalvelussa, Omapalvelussa.

Asiakkaan puolesta asioivan henkilön:

Nimi:

Henkilötunnus:

Puhelinnumero:

Sähköposti:

Suostumus on voimassa:

toistaiseksi

määräaikaisena ____ . ____ .20 ____ saakka

Olen tietoinen, että voin halutessani peruuttaa suostumuksen ilmoittamalla siitä kirjallisesti tai henkilökohtaisesti vammaispalvelutoimistoon.

Olen tietoinen siitä, että suostumuksessa nimeämäni henkilö voi nähdä Omapalvelussa olevat minua koskevat kaikki tiedot.

Suostumuksen tiedot tallennetaan vammaispalvelutoimiston käyttämään asiakastietojärjestelmään.

Suostumuksen antaja:

Nimi:

Henkilötunnus:

Puhelinnumero:

____ . ____ .20 ____

Päiväys

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Nimenselvennys