



## 15–17-vuotiaan nuoren puolesta-asiointi vammaispalvelun sähköisen asiointin palvelussa

Siilinjärven kunnan 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 vammaispalveluun toimitettua suostumusta huoltajan asiointiin puolestaan. Lomakkeella annetut tiedot nuoren huoltajuuden osalta tarkistetaan vammaispalveluiden ammattilaisten toimesta Väestörekisteritiedoista.

Puolesta-asiointi suoritetaan puolesta asioivan henkilön henkilökohtaisilla verkkopankkitunnuksella. Palvelussa huoltajan nimi ja henkilötunnus kirjataan nuoren asiakastietoihin Siilinjärven kunnan käyttämään sosiaalipalveluiden Lifecare effica-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 Siilinjärven kunnan vammaispalveluihin. Postiosoite: Siilinjärven kunta / Sosiaali- ja vammaispalvelut PL 5 71801 Siilinjärvi.

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

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

**SUOSTUMUS**

Suostun siihen, että nimeämäni henkilö voi hoitaa puolestani asiointia Siilinjärven kunnan vammaispalveluiden 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 vammaispalveluun.

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

Suostumuksen tiedot tallennetaan vammaispalvelutoimiston käyttämään Lifecare effica-asiakastietojärjestelmään.

Suostumuksen antaja:

Nimi:

---

Henkilötunnus:

---

Puhelinnumero:

---

\_\_\_\_ . \_\_\_\_ .20 \_\_\_\_

Päiväys

---

Suostumuksen antajan allekirjoitus

---

Nimenselvennys