



## Valintalomake oma valinta kotipalvelun toimittajaksi Valblankett eget val av utförare i hemtjänsten

Päiväys: \_\_\_\_\_

**Kysyttävää?**

Gävle kommun  
Välfärd Gävle  
Puhelin: 026-17 80 00  
[gavle.kommun@gavle.se](mailto:gavle.kommun@gavle.se)

**Lähetetään osoitteeseen:**

Gävle kommun  
Välfärd Gävle  
Box 825  
801 30 Gävle

Vastaava lautakunta hoivalautakunta (Omvårdnadsnämnden).

Voit saada lisätietoja valittavista kotipalvelun toimittajista osoitteesta.

[www.gavle.se/egetvalhemtjanst](http://www.gavle.se/egetvalhemtjanst) tai avuntarpeen käsittelijältäsi.

**Oma valinta kotipalvelun toimittajaksi**

<b>Valitsen kotipalvelun toimittajaksi</b>	
En osaa valita	Ellet pysty itse valitsemaan tai et halua valita, sinulle valitaan jokin omalla asuinalueellasi toimiva kotipalvelun toimittaja. Tämä voi olla joko kunta tai jokin kunnan hyväksymistä ulkoisista kotipalvelun toimittajista.
En halua valita	

**Oma valinta kotipalvelun toimittajaksi, uusi valinta**

<b>Minulla on aikaisemmin ollut kotipalvelun toimittajana</b>	<b>Valitsen kotipalvelun toimittajaksi</b>
---	--

**Yhteystietoni**

<b>Etu- ja sukunimet</b>		<b>Henkilönumero</b>
<b>Kotiosoite</b>		
<b>Postinumero</b>	<b>Paikkakunta</b>	

Gävlen kunta käsittelee luovuttamiasi henkilötietoja EU:n tietosuojasetuksen mukaisesti.

Voit käyttää lain mukaisia oikeuksiasi tietojesi käsittelyyn liittyen osoitteessa [www.gavle.se/dataskydd](http://www.gavle.se/dataskydd).

Jos sinulla on kysyttävää, lähetä viesti osoitteeseen [dataskydd@sombud.gavle.se](mailto:dataskydd@sombud.gavle.se)

tai soita 026-178000, ja pyydä saada puhua tietosuojavaltuutetun kanssa.

**Allekirjoitus**

<b>Päiväys ja allekirjoitus (hakija)</b>	<b>Nimenselvennys</b>
--	-----------------------

**Avuntarpeen käsittelijä täyttää tämän osan**

Valinta on otettu vastaan suullisesti	
Valinta on tehty sairaalassa koordinoitun hoidon suunnittelun yhteydessä	
<b>Laskutusalue</b>	
<b>Lomakkeen vastaanottopäivä</b>	<b>Avuntarpeen käsittelijä nimi</b>