

## **Begäran om omprövning**

Den som är missnöjd med detta beslut kan göra en skriftlig begäran om omprövning.

Omprövning får begäras av den som beslutet avser eller vars rätt, skyldighet eller fördel direkt påverkas av beslutet (part) samt av välfärdsområdesmedlemmarna.

I fråga om beslut som gäller uppgifter som sköts genom samarbete mellan välfärdsområden får omprövning begäras och välfärdsområdesbesvär anföras också av ett välfärdsområde som deltar i samarbetet och av dess medlemmar.

Besvär får anföras på den grund att beslutet har tillkommit i felaktig ordning, den myndighet som fattat beslutet har överskridit sina befogenheter eller beslutet annars strider mot lag.

### **Besvärsmyndighet**

Omprövning av ett beslut av välfärdsområdesstyrelsen, en nämnd eller deras sektioner eller en underlydande myndighet begärs hos organet i fråga.

### **Tidsfrist för begäran om omprövning**

En begäran om omprövning ska framställas inom 14 dagar från delfåendet av beslutet.

### **Delfående**

En part anses, om inte annat kan påvisas, ha fått del av beslutet sju dagar efter det att beslutet avsänts eller vid den tidpunkt som framgår av mottagningsbeviset eller av ett särskilt delgivningsbevis. Vid vanlig elektronisk delgivning anses parten ha fått del av beslutet den tredje dagen efter att meddelandet sändes, om inte något annat visas.

En välfärdsområdesmedlem anses ha fått del av ett beslut sju dagar efter det att protokollet publicerats i det allmänna datanätet.

Dagen för delfåendet eller den dag då beslutet publicerats beaktas inte vid uträkningen av besvärstiden.

### **Omprövningsbegärans form och innehåll**

I begäran om omprövning som ska vara skriftlig och riktas till besvärsmyndigheten ska uppges

- det beslut i vilket ändring söks
- till vilka delar ändring söks i beslutet och de ändringar som yrkas i beslutet
- de grunder på vilka ändring yrkas
- ändringssökandens namn och hemkommun
- postadress och telefonnummer genom vilka ändringssökanden kan ges meddelanden i ärendet.

### **Inlämning av begäran om omprövning**

Begäran om omprövning sänds till adressen:

Västra Nylands välfärdsområdes registratur  
PB 21  
02771 Esbo

E-post: [kirjaamo@luvn.fi](mailto:kirjaamo@luvn.fi)