Begäran om omprövning

Den som är missnöjd med detta beslut kan framställa 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.

En begäran om omprövning kan göras både utifrån laglighets- och ändamålsenlighetsgrund.

Myndighet där ändring söks

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.

Begäran om omprövning ska ha inkommit till Västra Nylands välfärdsområdes registratur på tidsfristens sista dag senast kl. 15.00 innan registraturen stänger.

En part anses ha fått del av beslutet sju dagar efter att brevet sändes, om inte något annat visas.

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. Om sista dagen av tidsfristen för begäran om omprövning infaller på en helgdag, självständighetsdagen, första maj, julafton, midsommarafton eller en helgfri lördag, får begäran om omprövning lämnas in den första vardagen därefter senast kl. 15.00 innan registraturen stänger.

Omprövningsbegärans form och innehåll

Begäran om omprövning ska vara skriftlig och i den ska uppges

- det beslut i vilket ändring söks

- till vilka delar ändring söks i beslutet och vilka ändringar som yrkas i beslutet
- de grunder på vilka ändring yrkas
- ändringssökandens namn och hemkommun
- postadress och telefonnummer
- om omprövningsbeslutet får delges som ett elektroniskt meddelande ska också en e-postadress uppges som kontaktuppgift.

Inlämning av begäran om omprövning

Begäran om omprövning sänds till adressen:

Västra Nylands välfärdsområdes registratur
PB 33
02033 VÄSTRA NYLANDS VÄLFÄRDSOMRÅDE

E-post: kirjaamo@luvn.fi

Registraturen är öppen från måndag till fredag kl. 09.00–15.00.