



Ansökan om intervallvård

Ansökan inkommit ____/____/20__

Ansökan inkommen via

☐ Bedömning ☐ Telefon

☐ Post ☐ Elektroniskt

Sökande	Efternamn och förnamn		Personbeteckning
	Adress		
	Telefonnummer	E-postadress	
Anhörig/ närstående	Efternamn och förnamn		
	Telefonnummer	E-postadress	
	Anhörigas förhållande till den sökande ☐ Maka/make ☐ Sambo ☐ Barn ☐ Annan, vilken: _____		
Anhörig/ Närstående 2	Efternamn och förnamn		
	Telefonnummer	E-postadress	
	Anhörigas förhållande till den sökande ☐ Maka/make ☐ Sambo ☐ Barn ☐ Annan, vilken: _____		
Intressebevakare	Efternamn och förnamn		
	Telefonnummer	E-postadress	
	<i>Observera att beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag behöver bifogas</i> ☐ Intyg bifogas ☐ Intyg bifogas senare		
Motivering till sökandes behov av intervallvård			

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person

Efternamn och förnamn	Relation/Befattning
-----------------------	---------------------

Samtycke

☐ Ja, jag samtycker till att äldreomsorgen inom Mariehamns stad vid behov kontaktar Ålands hälso- och sjukvård (ÅHS), Kommunernas socialtjänst k.f. (KST), anhöriga samt övriga aktörer för samarbete och erhållande av tilläggsuppgifter för att trygga min omvårdnad.

☐ Nej, jag samtycker inte till ovanstående.

Ifall samtycke ej ges behöver sökanden själv lämna in eventuella tilläggsuppgifter för att möjliggöra en trygg omvårdnad.

Sökandens/ intresse- bevakarens underskrift	<i>Ort och datum</i>
	<i>Underskrift</i>
	<i>Namnförtydligande</i>
Blanketten skickas till	Mariehamns stad Äldreomsorgen, PB 5, 22101 Mariehamn Eller per e-post: aldreomsorg@mariehamn.ax
Behandling av personuppgifter: Personuppgifter som lämnas på denna blankett används för att möjliggöra Mariehamns stads administration av ärendet. Uppgifterna sparas i stadens datasystem. För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, se www.mariehamn.ax/GDPR	