



Sökande	Efternamn och förnamn		Personbeteckning
	Adress och eventuell portkod		
	Telefonnummer	E-postadress	

Anhörig/ närstående	Efternamn och förnamn		
	Telefonnummer	E-postadress	
	Anhörigas förhållande till den sökande ☐ Maka/make ☐ Sambo ☐ Barn ☐ Annan, vilken: _____		

Intressebevakare	Efternamn och förnamn		
	Telefonnummer	E-postadress	
	OBS: bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag ☐ Intyg bifogas ☐ Intyg bifogas senare		

Matservice	Stödtjänstens startdatum: _____		
	Önskar få matservice _____ dagar/vecka (max 7 dagar/vecka)		
	Eventuella matallergier		
	Sökanden har möjlighet att värma mat i hemmet ☐ Ja ☐ Nej, motivering _____		
	Övrig information		

Bistått vid uppgörandet av ansökan	Namn och telefonnummer
---	------------------------

Underskrift	Ort, datum och underskrift
--------------------	----------------------------

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