



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		

Motivering till sökandes behov av trygghetslarm	Sökanden har ökad fallrisk ☐ Ja ☐ Nej
	Sökanden känner sig otrygg i hemmet ☐ Ja ☐ Nej
	Sökanden har förmåga att använda trygghetslarm ☐ Ja ☐ Nej

Hälsotillstånd	Uppge samtliga funktionsnedsättningar och/eller sjukdomar
-----------------------	---

Fylls i av enheten	Stödtjänstens startdatum
	Övrig information

Samtycke (*Samtycke krävs för att bli beviljad service*)

☐ Ja, jag samtycker till att äldreomsorgen inom Mariehamns stad delger denna blankett till larmoperatören.

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