



Ansökan inkommit _____ / _____ 20__

Sökande	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobiltelefon
	E-postadress	

Anhörig/ intressebevakare	Efternamn och förnamn	Telefon
	Adress	Mobiltelefon
	E-postadress	
	Anhörigas förhållande till den sökande <input type="checkbox"/> Maka/make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Intressebevakare <input type="checkbox"/> Annat: _____	

Hälsotillstånd/ Information med anledning av ansökan	
---	--

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

Jag har tagit del av innehållet i ansökan. För min omvårdnads bästa ger jag mitt samtycke, med hänvisning till lag (FFS 2000/812) om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 16 §, till att äldreomsorgen inom Mariehamns stad vid behov samarbetar med Ålands hälso- och sjukvård, kommunernas socialtjänst, anhöriga samt övriga aktörer som är involverade i min omvårdnad.
Lag (FFS 2000/812) om klientens ställning och rättigheter inom socialvården är tillämplig inom landskapet Åland genom Landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård.

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

Blanketten skickas till	Mariehamns stad Äldreomsorgen PB 159, 22101 Mariehamn Eller per e-post: aldreomsorgen@mariehamn.ax
--------------------------------	---

Behandling av personuppgifter:
De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Mariehamns stads administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i stadens datasystem. För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, läs mer på www.mariehamn.ax/GDPR