



Anmälan inkommit ____/____ 20__

Person som kontakten/ anmälan gäller (ifylls i den mån du har kännedom om dem)	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobiltelefon
	E-postadress	

Samtycke till kontakten Fyll i antingen A eller B	A <input type="checkbox"/> Personen har gett sitt samtycke
	B Personen har inte gett sitt samtycke Personen har informerats om anmälan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

Orsaker till kontakten/ anmälan Beskriv situationen och din oro	
---	--

Uppgifter om anmälaren	Efternamn och förnamn	
	Yrke och arbetsplats (endast för anmälningspliktiga som nämns i Äldrelag 19 § 1 mom.)	
	Adress	Telefon
	E-postadress	Mobiltelefon
	<input type="checkbox"/> Anmälaren önskar vara anonym för personen som kontakten/anmälan gäller	
	Ort och datum	
	Underskrift	

Blanketten skickas till	Mariehamns stad Äldreomsorgen PB 159 22101 Mariehamn Eller 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

I enlighet med 18 § i förvaltningslagen (2008:9) för landskapet Åland, ska en myndighet som inte är behörig att behandla en handling, utan dröjsmål överföra handlingen till den myndighet som den anser vara behörig.

Socialvårdslag (2020:12) 35 §

Äldrelag (2020:9) 19 §

Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000:812) 8 §, 9 §