



Ansökan inkommit ____/____/20__

Sökande	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobiltel
	E-postadress	

Anhörig/ intressebevakare	Efternamn och förnamn	Telefon
	Adress	Mobiltel
	E-postadress	

Vad gäller ansökan	<input type="checkbox"/> Institutionsboende	<input type="checkbox"/> Serviceboende ESB	<input type="checkbox"/> Korttidsboende
---------------------------	---	--	---

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

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

Jag samtycker till att Mariehamns stads äldreomsorg vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från hemsjukvård, sjukhus eller annan källa.

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

Blanketten skickas till	Mariehamns stad Äldreomsorgen PB 159, 22101 Mariehamn Eller per e-mail: 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