



Ansökan inkommit _____ / _____ 20__

Sökande	Efternamn och förnamn		Personbeteckning
	Adress		Telefon
			Mobitel
	E-postadress		
	Sökande använder hjälpmedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____		
Handikapp eller sjukdom, matallergi/dietkost			
Närmast anhörig	Efternamn och förnamn		Personbeteckning
	Telefon	Mobitel	
	E-postadress		
	Anhörigas förhållande till den sökande <input type="checkbox"/> Maka/make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Annat: _____		
Närmast anhörig	Efternamn och förnamn		Personbeteckning
	Telefon	Mobitel	
	E-postadress		
	Anhörigas förhållande till den sökande <input type="checkbox"/> Maka/make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Annat: _____		
Fylls i av enheten	Prova på datum		
	Vilken grupp	<input type="checkbox"/> Taxi	
	Närvarodagar		
Underskrift	Ort, datum och underskrift		
Blanketten skickas till	Mariefhamns stad Äldreomsorgen, PB 159, 22101 Mariefhamn Eller per e-mail: aldreomsorgen@mariefhamn.ax		
Behandling av personuppgifter: De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Mariefhamns stads administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i stadens datasystem. För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, läs mer på www.mariefhamn.ax/GDPR			