



Ansökan inkommit \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Per telefon  Skriftligt  Annat

<b>Sökande</b>	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobiltel
	E-postadress	

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

<b>Vad gäller ansökan</b>	<input type="checkbox"/> Hemtjänst	<input type="checkbox"/> Matservice
	<input type="checkbox"/> Trygghetstelefon	<input type="checkbox"/> Äldis

<b>Hälsotillstånd/ Information med anledning av ansökan</b>	
---	--

<b>Bistått vid uppgörandet av ansökan</b>	Namn och telefon
---	------------------

Jag samtycker till att Äldreomsorgen vid behov begär kompletterande uppgifter om mitt vårdbehov från hemsjukvård, sjukhus eller annan källa
---

<b>Underskrift</b>	Ort, datum och underskrift
--------------------	----------------------------

<b>Blanketten skickas till</b>	Mariehamns stad Äldreomsorgen PB 159, 22101 Mariehamn Eller per e-mail: <a href="mailto:aldreomsorgen@mariehamn.ax">aldreomsorgen@mariehamn.ax</a>
--------------------------------	---

<p>Behandling av personuppgifter:</p> <p>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 <a href="http://www.mariehamn.ax/GDPR">www.mariehamn.ax/GDPR</a></p>
--