



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

<b>Uppgifter om den vårdbehövande</b>	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobiltel
	E-postadress	
	Vårdbehövande 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		

<b>Uppgifter om vårdaren</b>	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobiltel
	E-postadress	
	Sökande förvärvsarbetar/studerar <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Nej	Yrke/arbetsplats/skolans namn
	Vårdarens förhållande till den vårdbehövande <input type="checkbox"/> Maka/make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Förälder <input type="checkbox"/> Annat: _____	
Läkarintyg inlämnat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Bifogas		

<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>

**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](http://www.mariehamn.ax/GDPR)