



Ansökan inkommit ____/____/20__

Sökande	Efternamn och förnamn		Personbeteckning
	Adress		Telefon
			Mobiltel
	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	Mobiltel	
	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	Jag har tagit del av innehållet i ansökan. För min omvårdnads bästa ger jag mitt samtycke, med hänvisning till lag (FFS 2000/812) om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 16 §, till att äldreomsorgen inom Mariehamns stad vid behov samarbetar med Ålands hälso- och sjukvård, kommunernas socialtjänst, anhöriga samt övriga aktörer som är involverade i min omvårdnad. Lag (FFS 2000/812) om klientens ställning och rättigheter inom socialvården är tillämplig inom landskapet Åland genom Landskapslag (1995:101) om tillämpning i landskapet Åland av riksförfattningar om socialvård.		
	Ort, datum och underskrift		
Blanketten skickas till	Mariehamns stad Äldreomsorgen, PB 5, 22101 Mariehamn Eller per e-mail: aldreomsorg@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			