



Ansökan inkommit ____/____/20__

Sökande	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobiltelefon
	Personer som bor i samma hushåll	
Anhörig 1 / intressebevakare	Efternamn och förnamn	Telefon
	Adress	Mobiltelefon
	E-postadress	
	Förhållande till den sökande <input type="checkbox"/> Maka/make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Intressebevakare <input type="checkbox"/> Annat: _____	
Anhörig 2 / intressebevakare	Efternamn och förnamn	Telefon
	Adress	Mobiltelefon
	E-postadress	
	Förhållande till den sökande <input type="checkbox"/> Maka/make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Intressebevakare <input type="checkbox"/> Annat: _____	
Ansökan gäller	<p>Välj ett alternativ</p> <p><input type="checkbox"/> HEMSERVICE Tillfällig</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enstaka besök under högst 2 månader • Avgift per besök <p><input type="checkbox"/> HEMSERVICE Fortlöpande och regelbunden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Service som ges minst 1 ggr/ vecka och beräknas pågå minst 2 månader. • Avgift fastställs på basen av inkomstutredning och planerade vårdtimmar. <p style="margin-left: 40px;"><input type="radio"/> Servicen börjar den ____/____/____</p>	

Hälsotillstånd/ Information med anledning av ansökan	Hälsotillstånd/hjälpmedel/ Information <hr/> <hr/> <hr/> Kryssa för om ni är beviljad: <input type="checkbox"/> Närståendevård <input type="checkbox"/> Matservice <input type="checkbox"/> Trygghetstelefon <input type="checkbox"/> Dagverksamhet
---	--

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.	
Underskrift	Ort, datum och underskrift
Bistått vi ifyllandet av ansökan	

Blanketten skickas till	Mariehamns stad Äldreomsorgen PB 5 22101 Mariehamn Eller per e-post: 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