



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

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

<b>Anhörig/ intressebevakare</b>	Efternamn och förnamn	Telefon
	Adress	Mobiltelefon
	E-postadress	
	Anhörigas förhållande till den sökande <input type="checkbox"/> Maka/make <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Intressebevakare <input type="checkbox"/> Annat: _____	

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

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

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.

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

<b>Blanketten skickas till</b>	Mariehamns stad Äldreomsorgen PB 5, 22101 Mariehamn Eller per e-post: <a href="mailto:aldreomsorg@mariehamn.ax">aldreomsorg@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)