



Eckerö kommun

Södra Överbyvägen 8
22 270 Eckerö
Tel. (018) 32 930 (växeln) info@eckero.ax
www.eckero.ax

ANSÖKAN OM HEMSERVICE

Ansökan inkommit ____/____ 20 ____

Sökande	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
		Mobitel
	E-postadress	

Anhörig/ intressebevakare	Efternamn och förnamn	Telefon
	Adress	Mobitel
	E-postadress	

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

Hälsotillstånd/ information med anledning av ansökan	
---	--

Bistått vid uppgörandet av ansökan	Namn och telefonnummer
---	------------------------

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

Underskrift	Ort, datum och underskrift
--------------------	----------------------------

Blanketten skickas till	Eckerö kommun Äldreomsorgen Södra Överbyvägen 22270 Eckerö Eller per e-post: info@eckero.ax (vi avråder från att skicka känslig information utan säker e-post)
------------------------------------	--

Behandling av personuppgifter:
De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Eckerö kommuns administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i kommunens datasystem. För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, läs mer på www.eckero.ax/stadgor.