



Ankomstdatum/diariernr.: (fylls i av tjänsteinnehavaren)

## OROSANMÄLAN

### Kontakt eller anmälan för bedömning av stödbehovet

|  |  |         |                  |
|--|--|---------|------------------|
| <b>Person som kontakten/<br/>anmälan gäller</b><br>(ifylls i den mån du har kännedom om dem) | Efternamn och förnamn  |         | Personbeteckning |
|  | Adress   |         | Telefon          |
|  | Postnummer   | Postort | E-postadress     |
| <b>Samtycke till kontakten</b><br>Fyll i antingen A eller B                                  | <input type="checkbox"/> A Personen har gett sitt samtycke <input type="checkbox"/> B Personen har inte gett sitt samtycke   |         |                  |
|  | Personen har informerats om anmälan <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej |         |                  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Orsaker till kontakten/<br/>anmälan</b><br>Beskriv situationen och din oro |  |
|---|--|

|  |  |         |              |
|--|--|---------|--------------|
| <b>Uppgifter om anmälaren</b><br><b>Om du är en privatperson och önskar vara anonym lämnas denna del obesvarad</b> | Efternamn och förnamn  |         |              |
|  | Yrke och arbetsplats (endast för anmälningspliktiga som nämns i äldrelagens 19 § § mom.) |         |              |
|  | Adress   |         | Telefon      |
|  | Postnummer   | Postort | E-postadress |
|  | Datum och plats  |         |              |

|   |  |
|---|--|
| <b>Blanketten skickas till</b>  | Sottunga kommun<br>Äldreomsorgen<br>22720 Sottunga |
| De personuppgifter du lämnar in via denna ansökan används för att möjliggöra kommunens behandling av ditt ärende. Uppgifterna sparas i kommunens datasystem tills syftet med behandlingen av dina personuppgifter är uppfyllt. Hanteringen av dina personuppgifter sker i enlighet med EUs dataskyddsförordning (GDPR). |  |

#### Äldrelag (2020:9) för Åland

19 § Anmälan om äldre personers servicebehov

Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården eller någon som är anställd inom socialvården i kommunen, inom Ålands hälso- och sjukvård, räddningsväsendet eller hos alarmcentralen eller polisen, i sitt uppdrag har fått kännedom om en äldre person som är i behov av social- eller hälsovård och som är uppenbart oförmögen att

sörja för sin omsorg, hälsa eller säkerhet, ska den anställda oberoende av sekretessbestämmelserna utan dröjsmål göra en anmälan om behovet av hälso- och sjukvård till Ålands hälso- och sjukvård och till den kommunala myndighet som ansvarar för socialvården om behovet av socialvård.

Utöver det som föreskrivs i 1 mom. finns bestämmelser i 18 § landskapslagen om Ålands hälso- och sjukvård som innebär att patientens hemkommun ska underrättas om en patient behöver insatser från kommunens socialservice efter det att patienten har skrivits ut från Ålands hälso- och sjukvård.

En anmälan får också göras av andra personer än de som avses i 1 mom. oberoende av eventuella sekretessbestämmelser som gäller dem.