



Mellersta Österbottens social- och
hälsovårdssamkommun

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite

En ansökan om att bli familjevårdare för äldre

Jag är intresserad av:

kontinuerlig familjevård kortvarig familjevård att fungera som vikarie för familjevårdare

Basuppgifter

Den som ansöker om att bli familjevårdare:

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Boendekommun:

Telefonnummer:

E-postadress:

Arbetsplats:

Telefonnummer till arbetsplatsen:

Yrke:

Utbildning och arbetserfarenhet:

Den som ansöker om att bli familjevårdare:

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Boendekommun:

Telefonnummer:

E-postadress:

Arbetsplats:

Telefonnummer till arbetsplatsen:

Yrke:

Utbildning och arbetserfarenhet:

Barn

Barnens namn och födelsedatum:

Antalet barn som bor stadigvarande hemma:

Andra personer som bor i familjen

(namn, födelsedatum, eventuellt släktskapsförhållande)

Mer information:

Boende

ägarbostad huvudhyresgäst underhyresgäst

tjänstebostad höghus egnahemshus radhus

något annat, vad:

Bostadsytan, m²:

Antalet rum om köket inte räknas med:

Kök

Kokvrå

Ytan som reserverats för den äldre (x m²/en äldre):

m²

m²

m²

m²

Bostadens utrustningsnivå:

Byggnadsåret:

Totalrenovering år:

avlopp vattenledning wc dusch eller badrum varmt vatten

centralvärme eller elvärme bostadsspecifik bastu handikapputrustning

Mer information:

Familjens hälsotillstånd

Familjemedlemmarnas sjukdomar som kräver kontinuerlig vård och allvarliga sjukdomar och sjukdomar som inverkar på arbetsförmågan:

Bruk av rusmedel

Namn: använder inte använder, portioner/vecka:

Namn: använder inte använder, portioner/vecka:

Rökning

Namn: jag röker inte jag röker, var:

Namn: jag röker inte jag röker, var:

Annan information om familjen

En fritt formulerad beskrivning av familjen, t.ex. familjens mänskliga relationer, den ekonomiska situationen, hobbyer, husdjur osv.:

Hur man ställer sig till äldre personer:

Familjevård

Hur fick ni idén om att bli familjevårdare:

Hur länge har ni eventuellt tänkt fungera i uppgiften:

Vad anser ni är en familjevårdares viktigaste uppgifter:

Hurudana förväntningar och önskemål har ni i fråga om den äldre som kommer i er familj:

Beredskap och villighet att delta i utbildning, arbetshandledning och träning som ordnas för familjevårdare:

Beredskap till samarbete med nära anhöriga, hemvården, hälso- och sjukvården osv.:

Vad skulle ni vilja ha mer information om:

Annat:

Miljöförhållandena

Tillgång till tjänster, t.ex. apotek, butik, hälso- och sjukvårdstjänster osv.:

Bilagor

Läkarutlåtande om hälsotillståndet (vid behov)

Övriga bilagor:

Ett utlåtande krävs av hemkommunen om personerna som sökt om plats i förhandsträning samt deras familjemedlemmar när det gäller deras hälsotillstånd, boendeförhållanden, eko-

nomiska situation, rusmedelsbruk osv. Kravet på utlåtande baserar sig på följande lagar: Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000): 12, 6, 20 §) och Familjevårdslagen (312/1992, 317/2011).

Jag ger mitt samtycke till att ett utlåtande begärs av min hemkommun om de ovannämnda ärendena förknippat med deltagande i förhandsträning inom familjevård för äldre.

Underskrifter och namnförtydligande

Ort och datum

Ort och datum

Den sökandes underskrift

Underskrift av make/maka eller den andra sökande

Adress för inlämning:

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite

Klienthandledning och öppenvårdstjänster

Familjevård

Torggatan 50

67100 Karleby

Mer information:

Heidi Lindqvist, serviceförman: 040 806 5958

Anne Wennmann: 044 730 7927

Sirpa Haapoja: 040 488 2797