



Mellersta Österbottens social- och
hälsovårdssamkommun

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite

Ansökning om att bli stödfamilj eller stödperson

Ansökning om att bli stödfamilj stödperson

Den eller de sökandes uppgifter

Den sökandes namn

Personbeteckning

Adress

Telefon/hem

Telefon/till arbetet

E-postadress

Arbetsplats

Yrke

Utbildning

Modersmål

Andra språkkunskaper

Församling/befolkningsregistret

Civilstånd

ogift gift sambo frånskild änka/änkling

Äktenskapet/samboförhållandet ingicks år:

Eventuella tidigare äktenskap, ingicks/upplöstes år:

Den sökandes namn

Personbeteckning

Relation till den första sökande

Adress

Telefon/hem

Telefon/till arbetet

E-postadress

Arbetsplats

Yrke

Utbildning

Modersmål

Andra språkkunskaper

Församling/befolkningsregistret

Civilstånd

ogift gift sambo frånskild änka/änkling

Äktenskapet/samboförhållandet ingicks år:

Eventuella tidigare äktenskap, ingicks/upplöstes år:

Familjens barn (namn och födelseår)

Övriga personer som bor i familjen (namn, födelseår, relation till familjen)

Andra uppgifter om familjen (husdjur, sjukdomar, föräldrarnas skiftarbete osv.)

Boende

Boendeform: ägarbostad hyreslägenhet egnahemshus höghus radhus

Bostadsytan: m² Bastu: ja nej Badrum: ja nej

Antalet rum: rum + kök Finns det ett eget rum för stödbarnet: ja nej

Att fungera som stödperson eller stödfamilj

Motiv för att bli stödperson eller stödfamilj

Möjligheterna för lek och aktivitet på gården

Möjligheter till hobbyer

Hur man förhåller sig till barnets eventuella specialbehov, rastlöshet, intellektuell funktionsnedsättning, FAS osv.

Tidigare erfarenhet av att vårda ett främmande barn

Fungerar du/fungerar ni för tillfället som familjehem, stödfamilj eller stödperson

ja nej

Om svaret är ja, vilken aktör har du/ni ingått ett avtal med

Har du/har ni genomgått stödpersons-, stödfamiljs- eller PRIDE-utbildning

ja nej

Om svaret är ja, vem ordnade utbildningen och när

Önskemål i fråga om stödbarnet och kontakternas frekvens, t.ex. veckoslut/månad

Kan du/kan ni delta i transport av barnet när hen ska komma för vård och när hen ska tillbaka till sitt hem

ja nej

Tillgången till social- och hälsovårdstjänster

Utredning av möjliga hinder för att fungera i uppgiften

Jag ger mitt samtycke till att den socialarbetare som sköter stödrelationsverksamheten får be socialväsendet i min hemkommun om uppgifter gällande utkomststöd och uppgifter om möjliga hinder för att fungera i uppgiften.

ja nej

Uppgifterna på denna blankett används av socialarbetare i Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun samt av personer som ansvarar för stödpersons- och stödfamiljsverksamhet. Uppgifterna antecknas i registret över frivilliga/klienter.

Jag förbinder mig till att i enlighet med tystnadsplikt hålla de uppgifter jag får om stödbarnet och hens familj för mig själv och diskutera dem endast med den socialarbetare som ansvarar för ärendet och med personen som ansvarar för stödpersons- och stödfamiljsverksamhet.

Jag förbinder mig till plikten att anmäla om jag blir oroad över stödbarnet eller situationen i hens familj.

Underskrifter

Ort och datum

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift och namnförtydligande