



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

## **Ansökan om att bli familjevårdare**

### **Grundläggande uppgifter**

#### **Person som ansöker om att bli familjevårdare:**

Namn:

Personbeteckning:

Adress

Boningskommun:

Tidigare hemkommuner:

Telefonnummer:

E-postadress:

Arbetsplats:

Arbetsplatsens telefonnummer

Yrke:

Utbildning och arbetslivserfarenhet:

**Person som ansöker om att bli familjevårdare:**

Namn:

Personbeteckning:

Adress:

Boningskommun:

Tidigare hemkommuner:

Telefonnummer:

E-postadress:

Arbetsplats:

Arbetsplatsens telefonnummer:

Yrke:

Utbildning och arbetslivserfarenhet:

**Barn**

Barnens namn och födelsetider:

Antalet barn som bor hemma stadigvarande:

## Andra som bor med familjen

(Namn, födelseid, eventuella släktband)

Jag är intresserad av:

kontinuerlig familjevård  kortvarig familjevård  vikariat för familjevårdare  ambulande familjevård

Jag vill fungera som familjevårdare (du kan välja flera alternativ):

personer med funktionshinder eller utvecklingsstörning  personer som genomgår mentalvårdsrehabilitering  äldre

## Boende

Fyll i om du vill genomföra familjevården i ditt hem

ägarbostad  huvudhyresgäst  underhyresgäst

tjänstebostad/bostad knutet till anställningsförhållande  höghus  egnahemshus  radhus

annat, vad:

Bostadens ytareal m<sup>2</sup>:

Antalet rum, köket ej inräknat:

Kök  Kokvrå

Rumsutrymme reserverat för klienten

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

m<sup>2</sup>

Bostadens skick:

Byggnadsår:

Grundligt renoverad år:

Uppvärmningsform:

Avlopp  Vattenledning  Wc  Dusch eller badrum  Varmt vatten

Bostaden har egen bastu  Utrustad för funktionshindrade

Ytterligare uppgifter:

Tillgänglighet till tjänster, t.ex. apotek, butik, vårdtjänster etc.:

### **Familjens hälsotillstånd**

Sjukdomar som kräver kontinuerlig vård av familjemedlemmar och som är allvarliga och påverkar arbetsförmågan:

### **Rusmedelsanvändning**

Namn:

använder inte  använder, mängd/vecka:

Namn:

använder inte  använder, mängd/vecka:

Rökning

Namn:

röker inte  röker, var:

Namn:

röker inte  röker, var:

### **Andra uppgifter om familjen:**

Fritt formulerad beskrivning av familjen, t.ex. dess relationer, ekonomiska situation, hobbyer, husdjur, etc:

### **Familjevård**

Var fick du/ni idén om att bli familjevårdare:

Vilka anser du/ni är en familjevårdares viktigaste uppgifter:

Vilka förväntningar och önskemål har du/ni på en kund som kommer till din familj:

Beredskap och vilja att delta i utbildningar, arbetshandledning och träning som anordnas för familjevårdare:

## Bilagor

Läkarutlåtande om hälsa (vid behov)

Andra bilagor:

Ett utlåtande från boningskommunen krävs i frågor som rör familjens hälsotillstånd, boendeförhållanden, ekonomiska situation, rusmedelsanvändning etc. för dem som sökt till förhandsutbildning en och för deras familjemedlemmar. Utlåtandebegäran grundar sig på följande lagar: Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården och Familjevårdslagen. Utlåtandet begärs innan det första uppdragsavtalet ingås.

Jag samtycker till att man ber om ett utlåtande från min hemkommun.

## Underskrifter och namnförtydliganden

Plats och datum

Plats och datum

Sökandes underskrift

Partnerns eller en annan sökandes underskrift

Kontaktinformation och returadresser:

**Funktionshindersservicens familjevård:** mån – fre kl. 8 – 14, tfn. 040 804 2123

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Funktionshindersservice/Familjevård, Strandgatan 16, 67100 Karleby

**Familjevård inom socialvårdstjänsterna för personer som genomgår mentalvårdsrehabilitering:** mån – fre, tfn. 040 804 3298

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Socialvårdstjänster för personer som genomgår mentalvårdsrehabilitering /Familjevård, Mariegatan 16 – 20, 67100 Karleby

**Familjevård inom tjänster för äldre:** mån – fre, tfn. 044 730 7927

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Klienthandledning och öppenvårdstjänster/Familjevård, Torggatan 50, 67100 Karleby