



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

## **Ansökan av en avlösare som möjliggör ledigheter inom barnskyddets familjevård**

### **Personuppgifter**

Namn:

Personbeteckning:

Församling/befolkningsregistret:

Telefonnummer, arbete:

Telefonnummer, hem:

E-postadress:

Utbildning:

Yrke:

Arbetsplats:

Namn:

Personbeteckning:

Församling/befolkningsregistret:

Telefonnummer, arbete:

Telefonnummer, hem:

E-postadress:

Utbildning:

Yrke:

Arbetsplats:

Hemadress:

Civilstånd: gift  ogift  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 och födelseår och relation till familjen):

Andra uppgifter om familjen, t.ex. sällskapsdjur, sjukdomar, föräldrarnas skiftarbete osv.:

## Boende

Boendeform: ägarbostad  hyresbostad  egnahemshus  radhus  höghus

Bostadsytan, m<sup>2</sup>:                                      Antalet rum:      +kök                                      Bastu: ja  nej

Badrum: ja  nej       Finns det ett eget rum för ett barn: ja  nej

## Om att möjliggöra ledigheter inom familjevård

Motiv för att börja möjliggöra ledigheter inom familjevård:

Möjligheterna gällande lek och aktivitet på gården:

Möjligheter till hobbyer:

Hur man förhåller sig till barnets eventuella specialbehov (intellektuell funktionsnedsättning och andra diagnoser):

Tidigare erfarenhet av att vårda ett främmande barn:

Fungerar ni för närvarande som familjehem/stödfamilj/stödperson:  ja  nej

Om ja, vilken aktör har du ingått ett avtal med:

Har ni genomgått stödpersons-, stödfamiljs- eller PRIDE-utbildning:  ja  nej

Om ja, vem ordnade skolningen och när:

Önskemål gällande kontakternas frekvens, t.ex. veckoslut/månad

Kan du/ni delta i transporten 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**

Vi ger vårt samtycke till att den socialarbetare som ansvarar för familjevård ber socialväsendet i vår hemkommun om hinderlöshetsuppgifter gällande utkomststöd, mentalvårdstjänster, service vid missbruk och klientskap inom barnskyddet:  ja  nej

Uppgifterna på denna blankett används av socialarbetarna och arbetstagarna som ansvarar för familjevård i Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite. Uppgifterna på blanketten antecknas i registret över frivilliga resurser i klientdatasystemet.

Jag förbinder mig till att i enlighet med tystnadsplikt hålla de uppgifter jag får om situationen hos barnet som ska stödjas, hens familj och familjevårdaren för mig själv och diskutera uppgifterna endast med den socialarbetare som ansvarar för ärendet och med personen som ansvarar för familjevård.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande