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, födelsetid, eventuella släktband)

Jag är intresserad av:

☐ kontinuerlig familjevård ☐ kortvarig familjevård ☐ vikariat för familjevårdare ☐ ambulerande 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^2:

Antalet rum, köket ej inräknat:

☐ Kök ☐ Kokvrå

Rumsutrymme reserverat för klienten

m^2 m^2 m^2 m^2

Bostadens skick:
Byggnadsår:

Grundligt renoverad år:

Uppvärmningsforrn:

☐ 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:

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

Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite, Funktionshinderservice/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, Tjänster för äldre/Familjevård, Hälsovägen 1, 67200 Karleby