

Jag är intresserad av

familjevård för personer med funktionsnedsättning
 familjevård för äldre

1	Namn		Personbeteckning
	Adress		Boendekommun
	Telefonnummer	E-post	
	Yrke	Arbetsplats, arbetsplatsens telefonnummer	
	Utbildning och arbetserfarenhet		
	Namn		Personbeteckning
	Adress		Boendekommun
	Telefonnummer	E-post	
	Yrke	Arbetsplats, arbetsplatsens telefonnummer	
	Utbildning och arbetserfarenhet		
Parförhållande <input type="checkbox"/> samboförhållande, från och med <input type="checkbox"/> äktenskap / registrerat partnerskap, från och med			
2	Barnens namn		Födelsedatum
	Antal barn som stadigvarande bor hemma		
	Andra personer som bor inom familjen (namn, födelsedatum, eventuellt släktförhållande)		
	Ytterligare information		

3 Boende	<input type="checkbox"/> Ägarbostad <input type="checkbox"/> Hyresbostad	<input type="checkbox"/> Egnahemshus <input type="checkbox"/> Radhus <input type="checkbox"/> Flervåningshus
	Lägenhetens våningsyta m ²	Byggnadsår
	Antal rum, köket inte medräknat	Ombyggt år
	Bostadens utrustningsstandard <input type="checkbox"/> Dusch- och badrum <input type="checkbox"/> Ombyggnadsarbete med koppling till tillgängligheten, vad?	
	Ytterligare information	
4 Beskrivning av familjen och dess medlemmar	Inbördes förhållanden inom familjen, arbetsfördelning, drogmissbruk	
	Familjens förhållande till släkt och vänner	
	Familjens hobbyer (envars egna och gemensamma)	
	Somatiska och psykiska sjukdomar bland familjemedlemmar som kräver kontinuerlig behandling	
	Annat med koppling till hälsoförhållandena	
	Husdjur och sällskapsdjur	
	Familjens ekonomiska situation	

5 Situation i det omgivande sammanhanget	Tillgång på service (t.ex. butik, apotek, social- och hälsovårdstjänster, dagvård, dagverksamhet och kommunikationer)
	Skolgång och studiemöjligheter (t.ex. grundskola, möjlighet till specialundervisning, yrkesskolor, gymnasium, andra studiemöjligheter)?
	Sport- och hobbymöjligheter i näromgivningen
6 Uppgifter om ansökan om arbete inom familjevård	<p>Vilken form av familjevård passar er familj</p> <input type="checkbox"/> Långvarig familjevård <input type="checkbox"/> Kortvarig familjevård <input type="checkbox"/> Familjevård under en del av dygnet <input type="checkbox"/> Vikarie för familjevårdare <input type="checkbox"/> Familjevård i den vårdbehövandes hem
	Varför vill ni bli familjevårdare och för hur lång tid? Varför vore du en bra familjevårdare? Varför vore er familj lämplig som familjehem?
	Hur förhåller sig era familjemedlemmar till en eventuell förändring i familjehelheten?
	Vilka önskemål har du eller ni gällande den vårdbehövande som eventuellt kommer till er familj?
	Vilken annan kunskap och vilka andra färdigheter tror du dig behöva för att kunna bli familjevårdare?

	<p>Tidigare erfarenhet av familjevård, äldre personer och personer med funktionsnedsättning Eller annan erfarenhet?</p>
<p>7</p> <p>Samtycke och underskrift</p>	<p>Alla som ska bli familjevårdare och som sköter personer under 18 års ålder ombes i samband med att uppdragsavtalet ingås förete ett sådant straffregisterutdrag som behövs för att utreda förekomsten av brottslig bakgrund hos personer vilka arbetar med barn och som familjevårdaren beställer från Rättsregistercentralen.</p> <p>Det behövs ett utlåtande från hemkommunen gällande boendeförhållandena, den ekonomiska situationen, drogmissbruk och andra därmed sammanhängande frågor med avseende på den som avser att bli familjevårdare och dennes familjemedlemmar. Begäran om utlåtande bygger på följande lagar: 12, 16, 20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), 6 § i familjevårdslagen (263/2015). Östra Nylands välfärdsområde begär uppgifter om dem som avser att bli familjevårdare från myndigheternas register först när det är känt vilket barn eller vilken ungdom, vuxen eller äldre person som ska placeras i familjevård.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag ger mitt samtycke till att be om ett utlåtande från min hemkommun angående det som nämnts här ovan, då jag ska bli familjevårdare.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag överlämnar själv hemkommunens utlåtande angående det som nämnts här ovan, då jag ska bli familjevårdare.</p> <p>Vi försäkrar att de uppgifter som vi lämnat här ovan är sanningsenliga och vi utfäster oss att meddela ändringar som sker i dem.</p> <p>Vi samtycker till att Östra Nylands välfärdsområde antecknar uppgifter om vår familj i register som välfärdsområdet upprätthåller.</p> <p>Ort och datum</p> <p>_____</p> <p>Sökandens underskrift</p> <p>_____</p> <p>Makans eller makens eller den andra sökandens underskrift</p> <p>_____</p>

Blanketten returneras till:

Östra Nylands välfärdsområde/familjevårdsutbildningen
Tullportsgatan 4
06100 Borgå

Du kallas till intervju efter att din ansökan inkommit.