

Ansökan om att bli familjevårdare för äldre

Jag är intresserad av:

- Fortgående familjevård
 Kortvarig familjevård
 Familjevård under en del av dygnet
 Familjevård hemma hos mig
 Familjevård hemma hos den äldre

1 Sökande till familjevårdare	Namn (1)	Personbeteckning
	Yrke	Arbetsplats, telefonnummer till arbetsplatsen
	Utbildning och arbetserfarenhet	
	Namn (2)	Personbeteckning
	Yrke	Arbetsplats, telefonnummer till arbetsplatsen
	Utbildning och arbetserfarenhet	
	Hemadress	Telefonnummer
	Hemkommun	
2 Barn	Barnens namn	Födelseid
	Antal stadigvarande hemmaboende barn: _____	

3 Övriga personer som bor i familjen	Namn		Födelseid		Eventuellt släktskapsförhållande	
	Tilläggsuppgifter					
4 Boende	<input type="checkbox"/> Ägarbostad		<input type="checkbox"/> Egnahemshus			
	<input type="checkbox"/> Hyresbostad		<input type="checkbox"/> Radhus			
	<input type="checkbox"/> Annat, vad:		<input type="checkbox"/> Höghus			
	Bostadens areal _____ m ²		Antal rum utan kök: _____			
		<input type="checkbox"/> Kök		<input type="checkbox"/> Kokvrå		
Rumsareal reserverad för den äldre: _____ m ²		Bostadens utrustningsnivå				
		Byggår: _____ Grundrenoverad år: _____				
		<input type="checkbox"/> Avlopp		<input type="checkbox"/> Egen bastu i bostaden		
		<input type="checkbox"/> WC		<input type="checkbox"/> Tvättutrymmen		
		<input type="checkbox"/> Vattenledning		<input type="checkbox"/> Central- eller elvärme		
		<input type="checkbox"/> Varmvatten		<input type="checkbox"/> Bostadens tillgänglighet (Trappor/hiss)		
		<input type="checkbox"/> Dusch eller badrum				
Tilläggsuppgifter						
5 Omgivningsförhållande	Tillgång till tjänster (t.ex. butik, apotek, hälsovårdens tjänster)					
6 Familjens hälsotillstånd och arbetsförmåga	Familjemedlemmars allvarliga sjukdomar och sjukdomar som kräver ständig vård					

7 Användning av rusmedel Rökning	Namn:	<input type="checkbox"/> Jag använder inte alkohol	<input type="checkbox"/> Jag använder__portioner/vecka
	Namn	<input type="checkbox"/> Jag använder inte alkohol	<input type="checkbox"/> Jag använder__portioner/vecka
	Namn	<input type="checkbox"/> Jag röker inte	<input type="checkbox"/> Jag röker, var? _____
	Namn	<input type="checkbox"/> Jag röker inte	<input type="checkbox"/> Jag röker, var? _____
8 Övriga uppgifter om familjen	Beskrivning i fri form av familjen (bl.a., hobbyer, ekonomiska situation husdjur m.m.)		

9 Familjevård	<ol style="list-style-type: none">1. Hur uppstod tanken på att bli familjevårdare för äldre personer?2. Vilka önskemål och förväntningar har du/ni beträffande den äldre person som eventuellt kommer till er familj?3. Om vilka saker önskar ni få ytterligare information?
--------------------------	--

Till förberedande utbildning krävs ett utlåtande från hemkommunen angående sökandes och dennes familjs boendesituation, ekonomiska situation, rusmedelsanvändning eller därtill hörande omständigheter.

Begäran om utlåtande grundar sig på följande lagar: Lagen om klientens ställning och rättigheter 812/2000 (12, 16, 20 §), Familjevårdslagen 263/2015 (6 §).

Jag ger mitt samtycke till att ett utlåtande begärs av min hemkommun gällande ovanstående angelägenheter som berör lämplighet att medverka i utbildningen

Har du någonsin blivit dömd för ett brott?

Nej Ja, när och för vad? _____

Plats och datum

Sökandes underskrift
underskrift

Makens/makans eller den andra sökandes

Returnera ansökningsblanketten till:

Familjevårdens koordinator

Sari Hopponen

SeniorCenter

Runebergsgatan 9

68601 Jakobstad