

Familjevård
Vörågatan 46
65101 Vasa

Ankommit:

UPPGIFTER OM FAMILJ SOM ÖNSKAR ÖPPNA SITT HEM FÖR ETT BARN

	vuxen	vuxen
Personbeteckning		
Efternamn (tidigare efternamn)		
Förnamn		
Adress		
Postnummer		
E-postadress		
Yrke		
Arbetsplats		
Tfn. hem/arbete		
Hemkommun		
Civilstånd/vigd Tidigare äktenskap, tid Samboförhållanden		
Modersmål		
Församling/befolkningsregister		

BARN:

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning	Bor hemma/annanstans
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Vilka andra bor i bostaden:

Husdjur:

Tilläggsuppgifter:

BOENDE

	egen bostad	hyresbostad	bostadsrätt
våningshus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
radhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egnahemshus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antal rum och bostadsyta:

EKONOMISK SITUATION

Löneinkomster brutto/netto

Mannens: _____

Kvinnans: _____

Övriga inkomster:

Egendom:

Skulder, avbetalningar, utmätning/månad:

Besparingar:

Underhållsskyldighet till barn som bor på annat håll:

UTBILDNING OCH ANSTÄLLNINGAR

vuxen	vuxen
Utbildning/yrke: _____ — _____	Utbildning/yrke: _____ — _____
Anställningar: _____ _____ _____	Anställningar: _____ _____ _____
	Jobbar du för tillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

Jobbar du för tillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Annat: _____	Annat: _____ -
--	-------------------

HÄLSOTILLSTÅND

	God	Dålig	Sjukdomar
Man	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kvinna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bara de som funderar på adoption:

Är barnlöshet konstaterad?

- är ev. fertilitetsvård avslutad?

Graviditeter och förlossningar:

Familjens alkoholkonsumtion:

Åtal/straff:

MOTIV TILL ATT VILJA ÖPPNA SITT HEM FÖR ETT BARN

FAMILJENS TANKAR ANGÅENDE BARNET

Kön: flicka pojke Ålder: _____ år

adoptivbarn (inhemskt)

barn i behov i behov av familjevård

barn i behov av stödfamilj

Kan ni tänka er att ta emot ett barn med särskilda behov: _____

Beredskap att ta emot ett barn med särskilda behov:

FAMILJENS SYN PÅ FOSTRAN

INSTÄLLNING TILL SAMARBETE (myndigheter, stödjande service, biologiska föräldrar)

Ansöker ni om att bli familjevårdare för ett barn på annat håll:

Undertecknad ger sitt tillstånd för kontroll av den egna familjens barnskyddsregister

Tid och plats:

Sökandes underskrift

Sökandes underskrift

KONTAKTUPPGIFTER:

Chef för familjevården Jouni Riitijoki, tfn 0404862419

Socialarbetare Camilla Helsing-Isaksson, tfn. 0401681568
stödfamiljer

Socialarbetare Sofia Melberg-Kultti tfn. 0401845898

Socialhandledare Mikaela Forsberg tfn. 0401940425

PRIDE-utbildning, familjevård,

PRIDE-utbildning, familjevård

Stödfamiljsärenden/kortvarig
familjevård