

**Intresseanmälan familjehemsenheten.****Jag/vi önskar uppdrag som:**

- Kontaktfamilj
 Kontaktperson
 Familjehem

Kan tänka sig uppdrag för:

- Barn
 Tonåringar
 Flickor
 Pojkar
 Ensamkommande flyktingbarn
 Barn/ungdom med funktionsnedsättning
 Vuxna med barn

Intresserad av åldersgrupp:

- 0-4 år 5-10 år 11-15 år 16+

Har tidigare haft uppdrag

Pågående uppdrag

PERSON- UPPGIFTER <i>Person 1</i>	Efternamn	Personnummer
	Förnamn	Telefon bostad
	Adress	Telefon arbete
	Postnummer och ort	Mobil tel.
	Körkort <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	e-post
PERSON- UPPGIFTER <i>Person 2</i>	Efternamn	Personnummer
	Förnamn	Telefon bostad
	Adress	Telefon arbete
	Postnummer Ort	Mobil tel.
	Körkort <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	e-post

Barn boende i familjen	Personnummer	Namn
Övrigt om familjesituationen
Familjeförhållande	Ensamstående sedan..... Gift sedan..... Sammanboende sedan..... Skild/separerad sedan..... Om du är skild/separerad, samtycker ev. annan vårdnadshavare till att du blir familjehem?.....	
Språk	Talar du/ni annat språk än svenska i hemmet? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Vilken/vilka språk talar ni hemma? Vilka flera språk behärskar du/ni?.....	
Religion och livsåskådning	Tillhör någon av er/ni något religiöst samfund? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Om ja, i så fall vilket?.....	
Boende	Antal rum var av extra rum..... Avstånd till förskola..... Avstånd till skola..... Allmänna kommunikationer till Arboga _____	
Djur	Nej <input type="checkbox"/> Ja/vad?	
Person 1		
Utbildningar		
Tidigare arbeten		
Nuvarande arbete		

Person 2 Utbildningar	
Tidigare arbeten	
Nuvarande arbete	
Person 1 Årsinkomstkr
Person 2 Årsinkomstkr
Familjenätverk	
Fritidsintressen/ organiserade aktiviteter	
Person 1 Hälsotillstånd	Fysiskt frisk <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Psykiskt frisk <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Senaste sjukskrivning _____
	Pågående sjukskrivning sedan _____
Person 2 Hälsotillstånd	Fysiskt frisk <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Psykiskt frisk <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Senaste sjukskrivning _____
	Pågående sjukskrivning sedan _____

Pågående graviditet/fertilitets behandling	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Har du/ni genomgått någon kris/förlust?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Erfarenhet Har du/ni tidigare haft uppdrag som:	<p>Familjehem <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Jourfamilj <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Kontaktfamilj <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Kontaktperson <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Avslutat uppdrag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Pågående uppdrag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Utredning av annan kommun eller företag? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Avslutat när?.....</p> <p>Vilken kommun/företag?.....</p> <p>Vilken handläggare?.....</p> <p>Tel nr:.....</p> <p>Referenser:</p>

<p>Har du/ni erfarenhet av;</p>	<p>Andras barn <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <hr/> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Funktionsnedsättning <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <hr/> <p>Beskriv:</p> <hr/> <hr/> <p>Eller annat?</p> <hr/> <hr/>
<p>Motiv</p>	<p>Varför vill du/ni bli Familjehem/kontaktfamilj/kontaktperson?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Vilka barn/ungdomar passar hos dig/er?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Vilka styrkor tror du att du/ni har som uppdragstagare?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Barnens inställning till att ni vill bli familjehem?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Förekommer person 1 i:	Socialregister	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
	Polisregister	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
	Kronofogderegister	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Förekommer person 2 i:	Socialregister	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
	Polisregister	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
	Kronofogderegister	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
Hur har du/ni fått kännedom om vår rekrytering?	_____		

Grundkurs för blivande familjehem	Jag är inställd på att gå kommunens grundkurs	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
	Jag har redan gått på en grundkurs	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEJ
	Övrigt:.....		

.....
 Ord och datum

.....
 Underskrift