



Maakunnallinen vammaisten ja
ikäihmistien perhehoidon
koordinointi

IKÄIHMISTEN PERHEHOITAJAKSI HAKEVAN PERUSTIEDOT

Olen kiinnostunut

Jatkuva perhehoito

Lyhytaikainen perhehoito

Perhehoitajan sijaistaminen

1 Perhehoitajaksi hakeva(t)	Nimi		Henkilötunnus
	Ammatti		Työpaikka, työpaikan puhelinnumero
	Osoite		Asuinkunta
	Puhelinnumero	Sähköposti	
	Koulutus ja työkokemus		
	Nimi		Henkilötunnus
	Puhelinnumero	Sähköposti	
	Ammatti		Työpaikka, työpaikan puhelinnumero
	Koulutus ja työkokemus		
2 Lapset	Lasten nimet		Syntymäaika
	Vakituisesti kotona asuvien lasten lukumäärä _____		
3 Muut perheessä asuvat henkilöt	Nimi		Syntymäaika
			Mahdollinen sukulaissuhde
Lisätietoja			

4 Asuminen	<input type="checkbox"/> Omistusasunto <input type="checkbox"/> Päävuokralainen <input type="checkbox"/> Alivuokralainen <input type="checkbox"/> Virka- tai työsuhdeasunto <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo/rivitalo <input type="checkbox"/> Muu, mikä		
	Huoneiston pinta-ala _____m ²	Huoneluku ilman keittiötä _____ <input type="checkbox"/> Keittiö <input type="checkbox"/> Keittokomero	
	Ikäihmiselle varattu huonetera: _____m ² _____m ² _____m ² _____m ²	Asunnon varustetaso _____Rakennusvuosi Peruskorjattu vuonna _____ <input type="checkbox"/> Viemäri <input type="checkbox"/> Vesijohto <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> Lämmin vesi <input type="checkbox"/> Peseytymistilat <input type="checkbox"/> Suihku- tai kylpyhuone <input type="checkbox"/> Keskus- tai sähkölämmitys <input type="checkbox"/> Huoneistokohtainen sauna <input type="checkbox"/> Vammaisvarustelu	
	Lisätietoja		
5 Perheen terveydentila ja työkyky	Perheenjäsenten jatkuvaa hoitoa vaativat ja vakavat sairaudet		
6 Päihteiden käyttö Tupakointi	Nimi _____ En käytä <input type="checkbox"/> Käytän, _____annosta/viikko		
	Nimi _____ En käytä <input type="checkbox"/> Käytän, _____annosta/viikko		
	Nimi _____ En tupako <input type="checkbox"/> Tupakoin, missä? _____		
	Nimi _____ En tupakoi <input type="checkbox"/> Tupakoin, missä? _____		

<p>7 Muita tietoja perheestä</p>	<p>Vapaamuotoinen kuvaus perheestä (mm. perheen ihmissuhteet, taloustilanne, harrastukset, suhtautuminen ikäihmisiin, kotieläimet ym.)</p>
--	--

<p>8 Perhehoito</p>	<p>a) Mistä ajatus ikäihmisten perhehoitajaksi ryhtymisestä on syntynyt?</p> <p>b) Kuinka pitkän aikaa ajattelet mahdollisesti toimivasi tehtävässä?</p> <p>c) Mitkä ovat mielestäsi ikäihmisiä hoitavan perhehoitajan tärkeimmät tehtävät?</p>
-------------------------	---

d) Mitä toivomuksia ja odotuksia sinulla/teillä on perheeseen mahdollisesti tulevan ikäihmisen suhteen?

e) Valmius / halukkuus osallistua perhehoitajille järjestettävään valmennukseen, työhöön ja koulutukseen.

f) Valmius yhteistyöhön lähiomaisten, kotihoidon, terveydenhuollon, tms. kanssa.

g) Mistä asioista toivoisitte lisätietoa?

h) Muuta

9 Ympäristö- olosuhteet	Palvelujen saatavuus (esim. kauppa, apteekki, terveydenhuollon palvelut)
10 Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärintlausunto terveydentilasta (tarvittaessa) <input type="checkbox"/> Muut liitteet

Ennakovalmennukseen hakeneiden ja heidän perheenjäsentensä terveydentilaan, asuinolosuhteisiin, taloudelliseen tilanteeseen, päihteiden käyttöön yms. liittyviä asioista tarvitaan lausunto kotikunnalta. Lausunnon pyytäminen perustuu seuraaviin lakeihin: Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000: 12, 6, 20 §) ja Perhehoitajalaki (263/2015).

Onko sinua koskaan tuomittu mistään rikoksesta ?

- Kyllä
 Ei

- Annan suostumukseni pyytää kotikunnastani lausuntoa edellä mainituista asioista ikäihmisten perhehoidon ennakovalmennukseen osallistumiseen liittyen.

Paikka ja päiväys

Hakijan allekirjoitus

Puolison tai toisen hakijan allekirjoitus

Palauta hakemuslomake _____
mennessä:

Palautus
Jyväskylän kaupunki
Vammaispalvelut
Maakunnallinen perhehoidon koordinointi
Ylistönmäentie 33c, 4 krs
40500 Jyväskylä