FÆRDER KOMMUNE

Helse og omsorg - Helseforvaltningen

SØKNADSKJEMA

VIL DU VÆRE STØTTEKONTAKT ELLER AVLASTER?

PERSONALIA

ETTERNAVN: FORNAVN:

FØDSELSNR.: (11 SIFFER)

E-POST: TLF.:

GATE ADR.:

POSTSTED: POSTNUMMER:

HVILKET OPPDRAG SØKER DU PÅ

Hvilket oppdrag søker du på?
- ☐ Støttekontaktarbeid
- ☐ Avlastningshjem

Har du erfaring med tilsvarende oppdrag?
- ◯ Ja
- ◯ Nei

Hvis ja, hva gikk arbeide ut på?

Timer per uke? Hvor var du engasjert?

FOR SØKER PÅ AVLASTNINGSHJEMSOPPDRAG

Er det andre personer i husstanden?
- ◯ Ja
- ◯ Nei

Samboer (fornavn/etternavn): Ektefelle (fornavn/etternavn): Antall barn:

Opplysninger om boligen:

Har boligen ekstra soverom:
- ◯ Ja
- ◯ Nei

Hvis ja, hvor mange?

Er boligen tilpasset rullestolbrukere: ◯ Ja ◯ Nei

ARBEIDSSITUASJON

Stilling/nå: Arbeidsgiver:

Tidligere stilling 1: Arbeidsgiver:

Tidligere stilling 2: Arbeidsgiver:

Tidligere stilling 3: Arbeidsgiver:

REFERANSER

Navn: Stilling: Tlf.:

Navn: Stilling: Tlf.:

Navn: Stilling: Tlf.:

UTDANNELSE

Utdannelse (kryss av for det du har fullført)
- ☐ Grunnskole
- ☐ Videregående
- ☐ Relevant fagutdann.
- ☐ Høgskole
- ☐ Annen utdanning

Spesifiser:

ERFARINGER, KUNNSKAPER OG INTERESSER

Erfaring og kunnskap som kan være nyttig i arbeidet:

Har du sertifikat for personbil?
- ◯ Ja
- ◯ Nei

Disponerer du bil?
- ◯ Ja
- ◯ Nei

ARBEIDSTID OG ALDERSGRUPPE

Når kan du arbeide (kun et kryss)
- ☐ Ettermiddag/kveld
- ☐ Ettermiddag/kveld/helg
- ☐ Kun dagtid
- ☐ Kun helger

Hvilken aldersgruppe ønsker du å arbeide med: (kryss gjerne fler)
- ☐ Barn
- ☐ Ungdom
- ☐ Voksne

UNDERSKRIFT

Dato

Signaturer:

Ved arbeid/oppdrag som avlaster/støttekontakt vil helseforvaltningen innhente politiattest til alle voksne i husstanden.

SØKNADSSKJEMA SENDES: Færder kommune, PB 250, 3163 Nøtterøy