



Barnskyddet /familjevård  
PB 241 (Vörågatan 46)  
65101 Vasa

Ankommit:

### UPPGIFTER OM FAMILJ SOM ÖNSKAR BLI STÖDFAMILJ FÖR ETT BARN

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

BARN:

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

PL 241 65101 VAASA Puhelin (06) 325 1111      Telefax (06) 325 2699      e-mail:  
[etunimi.sukunimi@vaasa.fi](mailto:etunimi.sukunimi@vaasa.fi)  
PB 241 65101 VASA      Telefon (06) 325 1111      Telefax (06) 325 2699      e-mail:  
[fornamn.efternamn@vaasa.fi](mailto:fornamn.efternamn@vaasa.fi)

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:

---

## UTBILDNING

Man	Kvinna
Utbildning/yrke: _____ _____	Utbildning/yrke: _____ _____
Jobbar du för tillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Jobbar du för tillfället? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Arbetsplats: _____	Arbetsplats: _____
Annat: _____	Annat: _____

## HÄLSOTILLSTÅND

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

Familjens alkoholkonsumtion:

---

Åtal/straff:

---

---

## MOTIV TILL ATT VILJA BLI STÖDFAMILJ FÖR ETT BARN

---

---

---

---

## FAMILJENS TANKAR ANGÅENDE BARNET

Kön: flicka  pojke  Ålder: \_\_\_\_\_ år

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 (med myndigheter, stödande service, biologiska föräldrar)

---

---

---

---

---

Ansöker ni om att bli stödfamilj 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. (06) 325 2318  
stödfamiljer

Socialhandledare Essi Peurala, tfn 0406897756

Socialhandledare Tea Pettersson, tfn 0406897852

PRIDE-utbildning, familjevård,

Stödfamiljsärenden/kortvarig  
familjevård

Stödfamiljsärenden/kortvarig  
familjevård