

**IKÄIHMISTEN PERHEHOITAJIEN VALMENNUKSEEN / PERHEHOITAJAKSI  
HAKEVAN PERUSTIEDOT**

Perhehoitomuoto, josta olen kiinnostunut

Jatkuva perhehoito

Lyhytaikainen perhehoito

Osavuorokautinen perhehoito

Perhehoitajan sijaistaminen

<b>1 Perhehoitajat</b>	Nimi	Henkilötunnus	
	Ammatti	Työpaikka, työpaikan puhelinnumero	
	Koulutus ja työkokemus		
	Nimi	Henkilötunnus	
	Ammatti	Työpaikka, työpaikan puhelinnumero	
	Koulutus ja työkokemus		
<b>2 Lapset</b>	Lasten nimet	Syntymäaika	
<b>3 Muut perheessä asuvat henkilöt</b>	Nimi	Syntymäaika	Mahdollinen sukulaissuhde
	Lisätietoja		



<b>4 Asuminen</b>	<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 <sup>2</sup>	Huoneluku ilman keittiötä _____	<input type="checkbox"/> Keittiö <input type="checkbox"/> Keittokomero
	Sijoitettavalle varattu huonetila: _____ m <sup>2</sup>	Asunnon varustetaso	_____ Rakennusvuosi
		<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		
<b>5 Perheen terveydentila ja työkyky</b>	Perheenjäsenten jatkuvaa hoitoa vaativat ja vakavat sairaudet		
<b>6 Päihteiden käyttö</b>	Nimi	Ei käytä	Käyttää, annosta/viikko
	Nimi	Ei käytä	Käyttää, annosta/viikko
<b>Tupakointi</b>	Nimi	En tupakoi	Tupakoin, missä
	Nimi	En tupakoi	Tupakoin, missä



**7  
Muita tietoja  
perheestä**

Vapaamuotoinen kuvaus perheestä (mm. perheen ihmissuhteet, taloustilanne, harrastukset, suhtautuminen ikäihmisiin, kotieläimet ym.)

**8  
Perhehoito**

1. Mistä ajatus ikäihmisten perhehoitajaksi ryhtymisestä on syntynyt?
2. Kuinka pitkän aikaa ajattelet mahdollisesti toimivasi tehtävässä?
3. Mitkä ovat mielestäsi ikäihmisiä hoitavan perhehoitajan tärkeimmät tehtävät?



4. Mitä toivomuksia ja odotuksia Sinulla / Teillä on perheeseen mahdollisesti tulevan ikäihmisen suhteen?

5. Valmius / halukkuus osallistua perhehoitajille järjestettävään valmennukseen, työnohjaukseen ja koulutukseen

6. Valmius yhteistyöhön lähiomaisten, kotihoidon, terveydenhuollon, tms. kanssa

7. Mistä asioista toivoisitte lisätietoa?

8. Muuta



<b>9</b> Ympäristöolo- suhteet	1. Palvelujen saatavuus (esim. kauppa, apteekki, terveydenhuollon palvelut)
<b>10</b> Liitteet	<input type="checkbox"/> Lääkärinlausunto terveydentilasta <input type="checkbox"/> Muut liitteet

Ennakkovalmennukseen hakeneiden ja heidän perheenjäsentensä terveydentilaan, asuinolosuhteisiin, taloudelliseen tilanteeseen, päihteiden käyttöön yms. liittyvistä asioista tarvitaan lausunto kotikunnalta.

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

Hakijan allekirjoitus

Puolison allekirjoitus

Paikka ja päiväys

**Palauta hakemuslomake osoitteeseen:**

LLKY Hoito ja hoiva / Ikäihmisten palvelut  
Palvelukoordinaattori (perhehoidon vastuutyöntekijä)  
Tuula Kälviäinen  
Hallintoaukio  
PL 100  
61801 KAUHAJOKI

hakemus vastaanotettu

kotikäynti suoritettu

**Tämä lomake on täytetty/täydennetty kotikäynnin yhteydessä** \_\_\_ / \_\_\_ 201\_\_

Kotikäynnin suorittivat:

Tuula Kälviäinen  
Palvelukoordinaattori