



STØTTEKONTAKTER OG AVLASTNINGSFAMILIER

Fyll inn i tabellen	
Dato:	Født:
Navn:	Adresse:
Postnummer:	Sted:
Tlf. privat:	Tlf. arbeid / skole:
Nåværende beskjeftigelse (yrke, studier, arbeidserfaringer etc.):	
Sivilstand:	Har du / dere barn? Barnas alder:
Boforhold: (tilgjengelighet for funksjonshemmede, lekemuligheter innendørs/utendørs, overnattingsmuligheter og lignende):	
Vi har behov for din/deres innsats i forhold til: (kryss av for det du/dere er interessert i å arbeide med): <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Avlastning	
Hvilken aldersgruppe kan du/dere tenke deg å arbeide med:	Dine/deres interesser/hobbyer:
Har du/dere sertifikat? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Tilgang på bil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du/dere erfaring med lignende arbeid? (hvis ja, - beskriv hva du har arbeidet med og hvor lenge)	
Hvor lang tid har du/dere anledning til å arbeide med dette?	



Fyll inn i tabellen

Referanser:

Navn:

Telefon:

Navn:

Telefon:

Andre opplysninger:

Søknad kan leveres Servicekontoret i Lyngdal kommune eller sendes:

**Enhet for hjemmebasert omsorg
Lindeveien 4,
4580 Lyngdal**