



Jag/vi vill anmäla intresse för uppdrag som (kryssa i ett eller flera alternativ)

Familjehem Utrednings-/behandlingsfamilj Kontaktfamilj Kontaktperson

Sökande 1

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Utdelningsadress		Postnummer och ort
Telefon hem	Mobil	E-post

Sökande 2

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Telefon hem	Mobil	E-post

Familjeförhållande och boende

<input type="checkbox"/> Makar <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Villa <input type="checkbox"/> Radhus <input type="checkbox"/> Lägenhet		
Antal egna barn	Kön <input type="checkbox"/> Flicka <input type="checkbox"/> Pojke	Barnens födelseår
Antal barn som bor hemma	Finns husdjur <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Älvkarleby kommun 150713

Bakgrund och erfarenhet

Tidigare erfarenhet av uppdrag som <input type="checkbox"/> Familjehem <input type="checkbox"/> Jourfamilj <input type="checkbox"/> Kontaktfamilj <input type="checkbox"/> Annan	Erfarenhet av arbete med barn/ungdomar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, ange vad och i vilken omfattning
--	--	---

Önskemål

<input type="checkbox"/> Båda könen	<input type="checkbox"/> Endast flickor	<input type="checkbox"/> Endast pojkar	<input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Kan ta emot flera barn
<input type="checkbox"/> 0 - 6 år	<input type="checkbox"/> 7 - 12 år	<input type="checkbox"/> 13 - 18 år	<input type="checkbox"/> Vet ej	

Berätta varför du vill ha uppdraget

Skicka intresseanmälan till: Älvkarleby kommun, Familjehemsgruppen, Box 143, 814 21 Skutskär