



Farsund kommune

Postboks 100 4552

Farsund

Telefon: 38 38 20 00

E-post: post@farsund.kommune.no

Søknad om å bli avlastningshjem

Enhet for helse og omsorg

Navn:	Fødselsnummer:	Ress.nr.:
Adresse:	Telefonnummer jobb/ privat:	
Samlivspartner:	Bankkontonummer:	
Barn med alder:	E-post adresse:	
Førerkort: _____		
Disponerer bil: _____		
Utdannelse, yrkeserfaring, nåværende situasjon:		
Erfaring i arbeid med mennesker med funksjonsnedsettelse, sosiale og/ eller psykiske problemer:		
Interesser og fritidsaktiviteter:		
En kort presentasjon av hjemmet:		
Hvem ønsker dere å være avlastningshjem for (alder/kjønn):		
Er hjemmet tilpasset barn med nedsatt funksjonsevne, som for eksempel rullestol:		
Hvor lenge kan dere binde dere:		

Hvor mange døgn/helger per mnd har dere mulighed til å fungere som avlastningshjem?	
Har dere erfaring med avlastningshjem?	
Andre forhold du synes er av betydning:	
Dato:	Underskrift

26.09.2019