



**GULLSPÅNGS
KOMMUN**

Intresseanmälan

För att bli kontaktperson ☐

För att bli kontaktfamilj ☐

För att bli familjehem ☐

Blanketten skickas till:

Gullspångs kommun
Individ och familjeomsorgen
Box 100
542 21 MARIESTAD

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer/ort
Telefon	E-postadress
Sysselsättning/arbetsplats	Utbildning

Familjesituation

☐ Ensamstående ☐ Gift ☐ Sammanboende ☐ Särboende	Partners namn och personnummer
Egna barn, namn, födelseår	Antal hemmaboende barn

Har du/ni tidigare utretts som uppdragstagare?

När och av vem?

Har du/ni andra uppdrag från socialtjänsten?

Typ av uppdrag, handläggare, kommun

Har du tidigare haft uppdrag från socialtjänsten?

Kön, födelseår, handläggare, kommun

Gullspångs kommun
Individ och familjeomsorgen
Box 100
542 21 MARIESTAD

Personbeskrivning

En kort beskrivning av mig själv, mina intressen och varför jag önskar uppdrag som kontaktperson/kontaktfamilj. Vid intresseanmälan gällande kontaktfamiljsuppdrag beskriv även nuvarande familjs situation.

Personliga erfarenheter jag/vi kan ha nytta av vid ett kontaktpersonsuppdrag/kontaktfamiljsuppdrag

Namn och kontaktuppgifter till eventuella referenspersoner, två från varandra oberoende personer
(Kan även lämnas senare.)

Har du körkort?

Ja ☐

Nej ☐

Är du rökare?

Ja ☐

Nej ☐

Finns djur i ditt hem?

Ja ☐

Nej ☐

Om ja, vilka

Språkkunskaper

Gullspångs kommun
Individ och familjeomsorgen
Box 100
542 21 MARIESTAD

Samtycke för registerutdrag

Personuppgifter klient

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Utdelningsadress	Postnummer	Postort	Telefon
Datum från och med (dagens datum)	Datum till och med (max ett år från dagens datum)		

Undertecknad lämnar härmed sitt medgivande till att uppgifter inhämtas, med syfte att utreda ansökan om att bli kontaktfamilj, från följande myndigheter:

Socialregistret ☒

Kronofogdemyndigheten ☒

Transportstyrelsen ☒

Försäkringskassan ☒

Misstanke- och belastningsregistret ☒

Gällande utdrag ur socialregistret medges att utdrag får göras för barn till den som samtycket avser.

Medges ☐ Medges ej ☐

Barnets/barnens personnummer:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Samtycket gäller inom angiven tidsperiod, men kan sägas upp tidigare av undertecknad eller laglig företrädare.

Underskrift klient

Namnteckning	Datum
	Telefon
Namnförtydligande	