



(yhdistyksen nimi) \_\_\_\_\_

<b>JÄSEN 1</b> (saa Perhehoito-lehden, joka sis. jäsenmaksuun ) <input type="checkbox"/> rastita, jos olet kannatusjäsen  Sukunimi: _____ Etunimet: _____ Matkapuh.: _____ P. työ: _____ Sähköposti: _____ Syntymäaika: _____ Koulutus: _____ Ammatti: _____ Erityisosaaminen: (esim. työnohjaus) _____	<b>JÄSEN 2</b>  Sukunimi: _____ Etunimet: _____ Matkapuh.: _____ P. työ: _____ Sähköposti: _____ Syntymäaika: _____ Koulutus: _____ Ammatti: _____ Erityisosaaminen: (esim. työnohjaus) _____
--	---

Katuosoite: _____ Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____ Kotikunta: _____ Kotipuh.: _____ Olen/olemme <input type="checkbox"/> yksinhuoltaja <input type="checkbox"/> avioliitossa <input type="checkbox"/> avoliitossa Meistä päätoimeentulon saa perhehoidosta <input type="checkbox"/> nainen <input type="checkbox"/> mies	Olen/olemme (hoitomuoto) <input type="checkbox"/> kehitysvammaisten perhehoitajia <input type="checkbox"/> lasten ja nuorten perhehoitajia <input type="checkbox"/> mielenterveyskuntoutujien perhehoitajia <input type="checkbox"/> vanhusten perhehoitajia <input type="checkbox"/> tukiperhe <input type="checkbox"/> kriisiperhe <input type="checkbox"/> muu, mikä _____ Toimin/toimimme <input type="checkbox"/> toimeksiantosuhteessa <input type="checkbox"/> työsuhteessa <input type="checkbox"/> ostopalvelusopimuksella Olen saanut/Olemme saaneet PRIDE-valmennuksen muun valmennuksen jäsen 1 <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei jäsen 2 <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei
--	--

Perheeseemme kuuluu (ympyröi vaihtoehto, tarvittaessa jatka paperin kääntöpuolelle)  
B=biologinen lapsi, S=sijoitettu lapsi, SS=sukulaissijoitettu lapsi, Mt=mielenterv.kunt.  
Kv=kehitysvammainen, V=vanhus      Muualla asuvien biologisten lasten lukumäärä \_\_\_\_\_

	Syntymä- vuosi	Suku- puoli	Sijoittaja kunta/ehp/shp	Saa Kelan hoito- tukea, luokka 1,2,3
1) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____
2) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____
3) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____
4) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____
5) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____
6) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____
7) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____
8) B, S, SS, Mt, Kv, V	_____	_____	_____	_____

Minulla/meillä on valmius ottaa uusia hoidettavia  kyllä, keitä S, Mt,Kv, V  ei  
Tämän tiedon saa luovuttaa sosiaalitoimen käyttöön  kyllä  ei

Tietoja saa käyttää perhehoitoon liittyvään tutkimukseen

Jäsen 1 Jäsen 2 

Tietoja ei luovuteta markkinointiin.

Päiväys \_\_\_\_\_

Jäsen 1 allekirjoitus

Jäsen 2 allekirjoitus

Hyväksytään yhdistyksen jäseneksi (yhdistys täyttää) \_\_\_\_\_