

ANHÅLLAN OM SOCIALSERVICE FÖR BARNFAMILJER

Datum: _____

1. Familj	Barnets / Barnens namn	Socialskyddssignum
	Adress	
	Mors namn	Telefonnummer
	Adress	
	Fars namn	Telefonnummer
	Adress	
	Modersmål <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> annat, vad?	
	Övriga familjemedlemmar (Förälderns nya make/maka osv.)	
2. Vårdnad	Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/>	
	Ensam vårdnad <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far	
	Begränsad rätt att få information <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far	
3. Familjens situation	Föräldrarna	
	Mor: <input type="checkbox"/> i arbetslivet <input type="checkbox"/> studerande <input type="checkbox"/> arbetssökande / långtids sjukledig Far: <input type="checkbox"/> i arbetslivet <input type="checkbox"/> studerande <input type="checkbox"/> arbetssökande/ långtids sjukledig	

	<p>Barnen</p> <p><input type="checkbox"/> i skola, vilken?</p> <p><input type="checkbox"/> i dagvård, var?</p>
	<p>Berätta med egna ord om er familjesituation och hurdan hjälp ni skulle behöva</p>
	<p>Har er familj (eller någon familjemedlem) andra nuvarande eller tidigare serviceformer/vårdkontakter? Vilka?</p>
4. Kontaktare	
5. Övrigt	<p>t.ex. behov av tolk etc.</p>