

KONTAKT MED SOCIALVÅRDEN FÖR BEDÖMNING AV STÖDBEHOVET
(35 § i socialvårdslagen)

Datum: _____

1. Familjen	Barnets/barnens namn	Personbeteckning
	Adress	
	Moderns namn	Telefonnummer
	Adress	
	Faderns namn	Telefonnummer
	Adress	
	Modersmål <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> annat, vad _____	
2. Vårdnad	Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> Ensam vårdnad <input type="checkbox"/> modern <input type="checkbox"/> fadern Begränsad rättighet till information <input type="checkbox"/> modern <input type="checkbox"/> fadern <input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare. (Namn, adress, telefonnummer)	

3. Orsak till kontakten	Vad har hänt, varför har personen behov av socialvård och vad har redan gjorts (stöd som givits, nuvarande tjänster, tidigare tjänster, kontakter osv.)	
4. Samtycke	Har vårdnadshavaren gett sitt samtycke till kontakten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Är vårdnadshavaren informerad om kontakten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vårdnadshavarens underskrift _____	
5. Kontaktare	Underskrift och namnförtydligande _____	Tjänsteställning/yrkesbeteckning och verksamhetsställe
	Adress	Telefonnummer