



# Härnösands kommun

Socialförvaltningen  
Omsorg om funktionshindrade  
Telefon: 0611 – 34 80 00

## INTERVJUFORMULÄR FÖR KONTAKTPERSON/LEDSAGARE/AVLÖSARE/STÖDFAMILJ

Namn	Pers.nr
Adress	Ort/Postnr
Telefon	e-post

Anledning till intresse

Hur lång tidsperiod kan du engagera dig? Hur mycket tid har du att avsätta?

Ev tidigare erfarenhet av social verksamhet med människor, ex barn, äldre, funktionshindrade?

Bostadsförhållanden, handikappanpassat? Läge? Hiss?

Familjeförhållanden

Är maka/maka/familj med på detta?

Körkort?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Utbildning

Arbete

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Postadress  
SE-871 80 Härnösand

Tel reception  
0611-34 83 00

Bankgiro  
5576-5218

Hemsida  
[www.harnosand.se](http://www.harnosand.se)

Besöksadress  
Norra Kyrkogatan 2

Fax  
0611-34 83 86

Organisationsnr  
212000-2403

E-post  
[socialforvaltningen@harnosand.se](mailto:socialforvaltningen@harnosand.se)



# Härnösands kommun

Socialförvaltningen  
Omsorg om funktionshindrade  
Telefon: 0611 – 34 80 00

Fritidsintresse

Djur/allergier

Kroppsliga problem som ex ryggont

Egna förväntningar (kön, ålder, boendeadress, distrikt, form av funktionshinder, rullstolsburen, tal problem etc)

Kontaktperson

Ledsagare

Avlösare

Stödfamilj

Referenser

Övrigt (kan teckenspråk, andra språk etc)

Härmed ger jag min tillåtelse att Härnösands kommun, Socialtjänsten, får tillgång till de eventuella uppgifter som finns om mig i belastnings resp. misstankeregistret samt även socialregister.

Ort och datum

Underskrift

---

Lämnas eller skickas till nedanstående, adress

Postadress  
SE-871 80 Härnösand

Tel reception  
0611-34 83 00

Bankgiro  
5576-5218

Hemsida  
[www.harnosand.se](http://www.harnosand.se)

Besöksadress  
Norra Kyrkogatan 2

Fax  
0611-34 83 86

Organisationsnr  
212000-2403

E-post  
[socialforvaltningen@harnosand.se](mailto:socialforvaltningen@harnosand.se)