

Muisti-Kaverisopimus

Vapaaehtoisen Muisti-Kaverin nimi _____

ja puhelin: _____

Asiakkaan nimi, osoite ja puhelin: _____

Lähi-ihmisen nimi ja puhelin: _____

Lähi-ihminen asuu muistisairaana kanssa: KYLLÄ EI

Muisti-Kaverin käyntien sisältö: _____

Muisti-Kaverin suunnitellut käyntikerrat: _____

Muisti-Kaveritoiminta on:

Palkatonta, palkkiotonta ja luottamuksellista vapaaehtoistyötä toimintaan saavat osallistua vain tukihenkilökurssin käyneet ja vaitiolosopimuksen allekirjoittaneet maallikkovapaaehtoiset Muisti-Kaverit osallistuvat jatkuvaan työnohjaukseen ja täydennyskoulutukseen

Vakuutus:

Lapin Muistiyhdistyksellä on voimassa vapaaehtoisten toiminnan vastuuvakuutus. "Vakuutusturva kattaa vapaaehtoistyöntekijöille itselleen vapaaehtoistyön aikana (ei talkootyössä) sattuneet tapaturmat". Toisin sanoen vakuutus ei korvaa vapaaehtoistyön kohteelle/tuettavalle sattuvia vahinkoja/tapaturmia. (LähiTapiola)

Päivämäärä _____ / _____ 201_____ kunta/kaupunki: _____

tämä sopimus on voimassa _____ / _____ 201_____ saakka. Tätä sopimusta on tehty kolme kappaletta, molemmille sopijaosapuolille ja Lapin Muistiyhdistykselle.

Muisti-Kaveritoiminta ei ole:

säännöllistä, pitkäkestoista työtä toimintaan ei kuulu asiakkaan hoidolliset tai sairaanhoidolliset toimenpiteet toiminta ei korvaa ammatillista työtä

_____ allekirjoitus ja nimen selvennys Muisti-Kaveri

_____ allekirjoitus ja nimen selvennys asiakas