|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  |  |
|  | |
|  |  |

# **Udkast til samarbejdsaftale mellem besøgsvens-koordinator og frivillig besøgsven**

*Denne samarbejdsaftale er indgået mellem:*

Navn på SINDs besøgsvens-koordinator:

og

Navn på SINDs frivillige besøgsven:

1. **Tiltrædelsesdato:**
2. **Stillingsbetegnelse:** Frivillig besøgsven i SIND [lokalafdeling]
3. **Opsigelse:** Samarbejdsaftalen kan opsiges fra begge parter med 1 måneds varsel til en kalendermåneds udgang.

**Aftalen indebærer, at du som frivillig besøgsven**

* Er ulønnet
* Har tavshedspligt og ikke videregiver personlige oplysninger om borgeren uden samtykke. Tavshedspligten fortsætter også efter, at samarbejdet er ophørt
* Ikke modtager arv, større gaver eller andet af værdi fra borgeren
* Ikke håndterer borgerens penge, netbank, NemID, medicin eller udfører professionel pleje, behandling og træningsopgaver
* Ikke har nøgle til borgerens hjem
* Kan få dækket udgifter til transport efter SINDs rejseregler
* Er dækket af SINDs forsikring, men det gælder kun, når den frivillige udfører det arbejde, som den frivillige har aftalt med SIND. Det er vigtigt, at den frivillige altid kontakter sekretariatet, så de kan formulere skadeanmeldelsen på vegne af den frivillige
* Deltager i introduktionsprogram samt netværksmøder og supervision
* Er opdateret på SINDs værdier og generelle frivilligpolitik
* Er medlem af SIND

**Underskrift:**

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: | Dato: |
|  |  |
| Navn, koordinator i SINDs besøgsvens-tilbud | Navn, frivillig besøgsven |