Anmeldeformular (Alternativ kann auch der Antrag zur KÜG als Anmeldeformular genutzt werden)

22.8.23

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zuweisende Stelle** | | | |
| **Organisation** | *Bitte geben Sie das Quartierteam an, falls vorhanden.* | | |
| **Name** |  | **Vorname** |  |
| **Adresse** |  | **PLZ/Ort** |  |
| **Telefon direkt** *inkl. Erreichbarkeit* |  | **Telefon Zentrale** |  |
| **Mobiltelefon** |  | **Fax** |  |
| **E-Mail** |  | | |
| **Für ausserkantonale zuweisende Stellen** | | | |
| **KostenträgerIn** |  | **Vorname/Name** |  |
| **Adresse** |  | **PLZ/Ort** |  |
| **Telefon** |  | **E-Mail** |  |

|  |
| --- |
| **Dienstleistungen** |
| **KOFA-In**t**ensivabklärung** |
| **Sozialpädagogische Familienbegleitung (inkl. Begleitung von Rückplatzierungen in die Herkunftsfamilie)**  **Sozialpädagogische Einzelbegleitung von Jugendlichen oder Care Leavern**  **Besuchsbegleitung bei getrennt lebenden Eltern**  **Besuchsbegleitung der Herkunftsfamilie bei ausserfamiliären Platzierungen** |
| **Wohnen in einer Pflegefamilie** (nur in Kombination mit sozialpäd. Begleitung von Pflegeverhältnissen)  Langzeit-Pflegefamilie  Teilzeit-Pflegefamilie (Entlastung)  SOS-Pflegefamilie  **Sozialpädagogische Begleitung von Pflegeverhältnissen**  vorübergehend, geplante Dauer:      ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  langfristig |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eltern** | | |
|  | **Mutter** | **Vater** |
| **Name** |  |  |
| **Vorname** |  |  |
| **Geburtsdatum** |  |  |
| **Elterliche Sorge** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **PLZ/Ort** |  |  |
| **Telefon** |  |  |
| **E-Mail** |  |  |
| **Nationalität/Sprache** |  |  |
| **Zivilstand** |  |  |
| **Konfession** |  |  |
| **Berufliche Tätigkeit** | Vollzeit  Teilzeit | Vollzeit  Teilzeit |
| **Notiz** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pflegeeltern** | | |
|  | **Mutter** | **Vater** |
| **Name** |  |  |
| **Vorname** |  |  |
| **Geburtsdatum** |  |  |
| **Adresse** |  |  |
| **PLZ/Ort** |  |  |
| **Telefon** |  |  |
| **E-Mail** |  |  |
| **Nationalität/Sprache** |  |  |
| **Berufliche Tätigkeit** | Vollzeit  Teilzeit | Vollzeit  Teilzeit |
| **Notiz** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kinder** | | | | | | | |
| **1 Name** |  | | | **Vorname** | w  m  nb | | |
| **Adresse** |  | | | **PLZ/Ort** |  | | |
| **Geburtsdatum** |  | **Elterliche Sorge bei** | Mutter  Vater | | | **Telefon** |  |
| **Schule/Ausbildung** |  | | | **Stufe/als** |  | | |
| **Nationalität** |  | | | **Konfession** |  | | |
| **2 Name** |  | | | **Vorname** | w  m  nb | | |
| **Adresse** |  | | | **PLZ/Ort** |  | | |
| **Geburtsdatum** |  | **Elterliche Sorge bei** | Mutter  Vater | | | **Telefon** |  |
| **Schule/Ausbildung** |  | | | **Stufe/als** |  | | |
| **Nationalität** |  | | | **Konfession** |  | | |
| **3 Name** |  | | | **Vorname** | w  m  nb | | |
| **Adresse** |  | | | **PLZ/Ort** |  | | |
| **Geburtsdatum** |  | **Elterliche Sorge bei** | Mutter  Vater | | | **Telefon** |  |
| **Schule/Ausbildung** |  | | | **Stufe/als** |  | | |
| **Nationalität** |  | | | **Konfession** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bestehen zivilrechtliche Kindesschutzmassnahmen?**  nein  ja, ZGB Art. | | | |
| **MandatsträgerIn** |  | **Vorname/Name** |  |
| **Adresse** |  | **PLZ/Ort** |  |
| **Telefon** |  | **E-Mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ausgangslage (bitte unbedingt ausfüllen!)** | |
| **Beschreibung inkl. Handlungsbedarf**  *inkl. Beschreibung des Familiensystems, Vorgeschichte* |  |
| **Zuweisungsgrund**  *mehrere möglich* | Erziehungsschwierigkeiten  Behinderung der Eltern  mangelnde Tages- bzw. Alltagsstruktur  psychische Probleme der Eltern  Reintegration nach Fremdplatzierung  kognitive Defizite der Eltern  psychische Probleme der Kinder  Alkoholprobleme  Behinderung der Kinder  illegale Drogen  Schul-/Ausbildungsprobleme  andere Suchtprobleme  Migrationsfragen  Verwahrlosung der Eltern  Elternkonflikte  Gewalt in der Familie  Verwahrlosung der Kinder  Kindsmisshandlung (Verdacht)  Begleitung Pflegefamilie  Besuchsbegleitung  Vermeidung von Fremdplatzierung  andere |
| **Involvierte Stellen** *(Hausarzt, Psychiater, Therapeuten, Schule etc.)* |  |
| **Einstellung der Beteiligten zur  Intervention** |  |
| **Ziele der Intervention** |  |
| **Gewünschtes Geschlecht der begleitenden Fachperson** | egal  Frau wenn möglich  Frau zwingend  Mann wenn möglich  Mann zwingend |
| **Gewünschte Sprache** | Deutsch  andere, nämlich        mit Dolmetscher möglich  wenn möglich  zwingend |
| **Sozialpädagogische Familienhilfe** | |
| **Geplante Einsätze pro Woche**  **an diesen Tagen**  **an diesen Tagen zu Randzeiten**  **Abendeinsätze ab 20h am**  **Wochenendeinsätze am** | Mo  Di  Mi  Do  Fr  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So  Egal |
| **Bemerkungen** |  |

Die zuweisende Stelle bestätigt, dass sie die betroffenen Personen darüber informiert hat, dass Espoir die bereitgestellten Daten zum Zweck der Dienstleistungserbringung erhalten und verarbeiten wird.

Ort, Datum: