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: