

Anmeldeformular Einzelbegleitung

1. Familiensystem

Jugendliche/er:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse, PLZ, Ort:	
Telefon, Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	
Nationalität:	
Gewünschte Sprache:	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> mit Dolmetscher möglich
Beistandschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Begleitung ist:	<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> angeordnet
Name, Vorname Beistandschaft Organisation Adresse:	

Anordnung:

Gibt es eine Verfügung? ja nein
Durch wen? (Bitte Verfügung beilegen)

--

Mutter:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse, PLZ, Ort:	
Telefon, Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	
Nationalität:	
Gewünschte Sprache:	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> mit Dolmetscher möglich
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vater:

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse, PLZ, Ort:	
Telefon, Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	
Nationalität:	
Gewünschte Sprache:	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> mit Dolmetscher möglich
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Geschwister:

Name, Vorname:	Geschlecht:	Geburtsdatum:	Schule, Lehrstelle:
	<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m		
	<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m		
	<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m		
	<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m		
	<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m		
	<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m		

Bemerkungen:	
---------------------	--

Familiensystem:

Wer lebt im gemeinsamen Haushalt (neue Partner der Km/des Kv u.a.)?

Form der Familie (Patchwork-Familie, Einelternfamilie u.a.)?

--

Soziale, materielle Situation:

Für die Begleitung relevante Faktoren wie Wohnsituation, Arbeitssituation, Nachbarschaft, soziales Umfeld u.a.

--

Gesundheitliche und psychische Situation der Familie bzw. des/der Jugendlichen:
Relevante Faktoren wie Krankheiten, Sucht, Therapien u.a.

Relevante Ereignisse:

Tod, Scheidung u.a.

Intensität und Dauer der Einzelbegleitung:

Geplante Einsätze pro Woche
an diesen Tagen tagsüber
an diesen Tagen zu Randzeiten
Abendeinsätze ab 20h am
Wochenendeinsätze am

-
- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr |
| <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr |
| <input type="checkbox"/> Mo | <input type="checkbox"/> Di | <input type="checkbox"/> Mi | <input type="checkbox"/> Do | <input type="checkbox"/> Fr |
| <input type="checkbox"/> Sa | <input type="checkbox"/> So | <input type="checkbox"/> Egal | | |

2. Indikation für die Begleitung – Problemdefinition und Unterstützungsbedarf:

Problemdefinition:

Unterstützungsbedarf der/des Jugendlichen und Ziele Zuweiser:in:

Ziele und/oder Veränderungswünsche der/des Jugendlichen:

Ziele und/oder Veränderungswünsche der Familie:

3. Einwirkende Faktoren für die Einzelbegleitung:

Vorhandene Ressourcen:

Risikoeinschätzung:

Wie bzw. wodurch ist die leistungsbeziehende Person aktuell und/oder in Zukunft gefährdet?

Motivation der/des Jugendlichen für die Einzelbegleitung:

Kooperationsbereitschaft:

1 = sehr gering

10 = sehr hoch

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bisherige Unterstützungsmassnahmen:

Vertrauenspersonen, Erziehungsberatung, Erziehungskurse, Therapien etc.

Derzeitiges Helfersystem:

Angaben und Adressen über vormundschaftliche Mandatsträger, involvierte Fachpersonen, Unterstützung im nahen Umfeld bzw. Bezugs- und Vertrauenspersonen

Aktuelle Tagesstruktur der/des Jugendlichen:

4. Finanzierung

KJG-Leistungen (ZH):

KUEG-Antrag eingereicht:	Zeitraum: (von wann bis wann):	Intensität:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Ausserkantonale und Jugendanwaltschaft:

Gesichert durch:	Zeitraum: (von wann bis wann):	Intensität:

Ist eine Anschlussfinanzierung möglich? Durch wen? Unter welchen Bedingungen?

--

7

5. Bemerkungen

--

Ort, Datum:	
Zuweisende Stelle	
Zuständig:	Telefon: Name, Vorname: Telefon direkt: E-Mail:
Stempel, Unterschrift:	

--	--

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular datengeschützt per E-Mail an

info@annea.ch

oder per Post an

annea.

Sozialpädagogische Familienbegleitung
Beratung Abklärung
Palmstrasse 16
8400 Winterthur