

Anmeldeformular Sozialpädagogische Familienbegleitung Besuchsrechtbegleitung

1. Familiensystem

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

Kinder:

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 der Familie:

Relevante Faktoren wie Wohnsituation, Arbeitssituation, Nachbarschaft, soziales Umfeld u.a.

--

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

Relevante Ereignisse in der Familie:
Tod, Scheidung u.a.

Planung der Intensität und Dauer der Begleitung:

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 Familie und Ziele Zuweiser:in:

Ziele und/oder Veränderungswünsche der Familie:

Ziele und/oder Veränderungswünsche der Kinder:

3. Einwirkende Faktoren für die Begleitung:

Vorhandene Ressourcen im Familiensystem:

Risikoeinschätzung:

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

Motivation der einzelnen Familienmitglieder für die Begleitung:

Kooperationsbereitschaft:

1 = sehr gering

10 = sehr hoch

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Bisherige Unterstützungsmassnahmen:

Vertrauenspersonen, Erziehungsberatung, Erziehungskurse, Therapien, etc.

5

Derzeitiges Helfersystem:

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

4. Beistandschaft:

Besteht eine Beistandschaft:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Begleitung ist:	<input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> angeordnet
Name, Vorname, Organisation Adresse:	

--	--

Anordnung:

Gibt es eine Verfügung? ja nein

Durch wen? (Bitte Verfügung beilegen)

--

5. Finanzierung

KJG-Leistungen:

KUEG-Antrag eingereicht:	Zeitraum: (von wann bis wann):	Gesamte Stunden:
<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?

--

6. Bemerkungen

--

--

Ort, Datum:	
Zuweisende Stelle:	
	Telefon:
Zuständig:	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