Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und gut leserlich aus und senden Sie es per Post, an die untenstehende Adresse in der Fusszeile, oder per E-Mail an: **claudia.meschi@adesso-sozialberatung.ch**

**Auftraggebende**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma/Adresse/PLZ/Ort: |       |
| Kontaktperson: |       | Funktion: |       |
| Tel/Mail: |       |
| Erreichbarkeit: |       |

**Finanzierung**

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungsadresse: |       |
| Kostengutsprache an SH-Kommission: | [ ]  pendent [ ]  liegt vor |
| Antrag an KESB: | [ ]  pendent [ ]  liegt vor |
| Selbstzahler/innen: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Elternbeitrag festgesetzt: | [ ]  Ja [ ]  Nein |

**Angebote:**

Die Dienstleistungen werden in der Regel für 3 bis 6 Monate festgelegt, bis zur nächsten Standortbestimmung.

Bitte ankreuzen:

**Basis – Besuchsbegleitung** [ ]  **werktags** [ ]  **samstags** [ ]  **sonntags (Ausnahme)**

1 BBR-Einsatz pro Monat à:

 [ ]  2 Stunden + 0.5 Stunden Übergabe/Übernahem des/der Kinder + 0.5 Stunden Beobachtungsprotokoll

 [ ]  3 Stunden + 0.5 Stunden Übergabe/Übernahem des/der Kinder + 0.5 Stunden Beobachtungsprotokoll

 [ ]  4 Stunden + 0.5 Stunden Übergabe/Übernahem des/der Kinder + 0.5 Stunden Beobachtungsprotokoll

+ 1 Stunde administrativer Aufwand

**Intensiv – Besuchsbegleitung** [ ]  **werktags** [ ]  **samstags** [ ]  **sonntags (Ausnahme)**

2-3 (14-täglich) BBR-Einsätze pro Monat à:

 [ ]  2 Stunden + 0.5 Stunden Übergabe/Übernahem des/der Kinder + 0.5 Stunden Beobachtungsprotokoll

 [ ]  3 Stunden + 0.5 Stunden Übergabe/Übernahem des/der Kinder + 0.5 Stunden Beobachtungsprotokoll

 [ ]  4 Stunden + 0.5 Stunden Übergabe/Übernahem des/der Kinder + 0.5 Stunden Beobachtungsprotokoll

+ 1-2 Stunden administrativer Aufwand

**Wochenend Einsätze**

Bei Einsätzen am Samstag werden 25 % Zuschlag auf die gearbeiteten Stunden verrechnet. Sonntagseinsätze können wir nur bei Ausnahmen anbieten (Zuschlag 50 %). Bitte kontaktieren Sie uns vorab diesbezüglich.

**Individueller Auftrag:**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Gemäss Offerte vom:  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Gewünschtes Startdatum der BBR Einsätze: |       |
| Für wen ist das Besuchsrecht: | **[ ]** Kindesvater | **[ ]** Kindesmutter |

**Ab Zusage des Auftrages werden die fallrelevanten Vorabklärungen in Rechnung gestellt, unabhängig von einer vorhandenen Kostengutsprache.**

**Kindesmutter**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |       |  | Geburtsdatum: |       |
| Vorname: |       |  | Nationalität/Ausweis: |       |
| Adresse: |       |  | Zivilstand: |       |
| Telefon: |       |  | Mail: |       |
| Sprache: |       |  | Erreichbarkeit: |       |

Lebenssituation der Kindesmutter: [ ]  lebt mit Kind(ern) und mit Kindesvater

 [ ]  lebt mit Kind(ern) und mit Partner/in

 [ ]  lebt mit Kind(ern) ohne Partner/in

 [ ]  lebt ohne Kinder

**Kindesvater**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |       |  | Geburtsdatum: |       |
| Vorname: |       |  | Nationalität/Ausweis: |       |
| Adresse: |       |  | Zivilstand: |       |
| Telefon: |       |  | Mail: |       |
| Sprache: |       |  | Erreichbarkeit: |       |

Lebenssituation des Kindesvaters: [ ]  lebt mit Kind(ern) und mit Kindesmutter

 [ ]  lebt mit Kind(ern) und mit Partner/in

 [ ]  lebt mit Kind(ern) ohne Partner/in

 [ ]  lebt ohne Kinder

**Kind/er**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vor- & Nachname | ggf. Aufenthaltsort | Geburtsdatum | Geschlecht m w |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |

**Sonstiges**

Den Zielen der Familie wird beim Auftragsgespräch eine grosse Bedeutung gegeben, um eine möglichst hohe intrinsische Motivation zu ermöglichen.

Erwartungen der Beistandschaft, allfällige Auflagen seitens der KESB, spezifische Aufträge an die Familie oder an die Besuchsbegleitung werden beim Auftragsgespräch formuliert und aktualisiert. Dazu erfolgt nachfolgend ein Kurz-Protokoll an alle Beteiligten.

**Ziele Besuchsbegleitung**

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

**Bemerkungen/Wichtiges**

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

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie den Auftrag und die Übernahme der fallrelevanten Vorabklärungskosten, unabhängig der Kostengutsprache.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |       | Unterschrift: |       |