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/Antrag an KESB: | [ ]  pendent [ ]  liegt vor |
| KESB Entscheid/Verfügung: |       |
| Selbstzahler: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Elternbeitrag: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Freiwillige/Autonome Massnahme: | [ ]  Ja [ ]  Nein |

**Welches Angebot ist aus Ihrer Sicht angezeigt?**

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

[ ]  **SPF – Basis**

 1 SPF-Einsatz pro Woche, dies entspricht rund 14 Stunden Dienstleistungsaufwand pro Monat.

[ ]  **SPF – Intensiv**

 2 SPF-Einsätze pro Woche, dies entspricht rund 20 Stunden Dienstleistungsaufwand pro Monat.

[ ]  **SPF – Individuell**

 z.B. 1-2 SPF-Einsätze pro Woche. Je nach Auftrag ist der Dienstleistungsaufwand pro Monat unterschiedlich. Bitte

 kontaktieren Sie uns für mehr Details.

|  |  |
| --- | --- |
| Gewünschtes Startdatum der SPF Einsätze: |       |

**Ab der Anmeldung 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 Kind/er

**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 Kind/er

**Partner/in der Kindesmutter/-vater**

(betrifft nur die/der Partner/in, die mit dem Elternteil zusammen sind, wo die betroffenen Kinder leben)

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

Lebenssituation des/der Partners/in: [ ]  lebt mit Kind(ern) und mit Kindesmutter/-vater

 [ ]  lebt mit eigenen Kind(ern) ohne Kindesmutter/-vater

 [ ]  lebt ohne Kind/er

**Kind/er**

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

**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 Familienbegleitung werden beim Auftragsgespräch formuliert und aktualisiert. Dazu erfolgt nachfolgend ein Protokoll an alle Beteiligten.

**Themen Familienbegleitung**

(Gewalt, Erziehung, Tagesstruktur, etc.)

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

**Bemerkungen**

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

**Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Anmeldung und die Übernahme der fallrelevanten Vorabklärungs-kosten, unabhängig der Kostengutsprache.**

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