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 |
| Sozialhilfe: | | 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.

**Basis – SPW**

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

**Intensiv – SPW**

2 SPW-Einsätze pro Woche, dies entspricht rund 22 Stunden Dienstleistungsaufwand pro Monat.

|  |  |
| --- | --- |
| Gewünschtes Startdatum der SPW Einsätze: |  |

**Ab der Anmeldung werden die fallrelevanten Vorabklärungen in Rechnung gestellt, unabhängig von einer vorhandenen Kostengutsprache.**

**Klientel**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: |  |  | Geburtsdatum: |  |
| Vorname: |  |  | Nationalität/Ausweis: |  |
| Adresse: |  |  | Zivilstand: |  |
| PLZ/Ort: |  |  | Sprache: |  |
| Tel/Mail: |  |  |  |  |
| Arbeitgeber: |  | | | |

Lebenssituation des Klientels:  lebt alleine

lebt in einer Wohngemeinschaft

**Sonstiges**

Den Zielen der Klientel 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 den Klientel oder an die Begleitperson werden beim Auftragsgespräch formuliert und aktualisiert. Dazu erfolgt nachfolgend ein Protokoll an alle Beteiligten.

**Themen Wohnbegleitung**

(Finanzen, Tagesstruktur, Arbeitsmarkt, Freizeitgestaltung, etc.)

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

**Bemerkungen**

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

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

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