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**

**Kind/er**

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

**Kindesmutter**

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

Lebenssituation der Kindesmutter:  lebt mit Kind(ern) und mit Kindesvater  lebt mit Kind(ern) ohne Partner/in

lebt mit Kind(ern) und mit Partner/in  lebt ohne Kinder

**Kindesvater**

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

Lebenssituation des Kindesvaters:  lebt mit Kind(ern) und mit Kindesmutter  lebt mit Kind(ern) ohne Partner/in

lebt mit Kind(ern) und mit Partner/in  lebt ohne Kinder

**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: |  |
| Adresse/Ort: |  |  | 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

**Auftraggebende**

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

**Finanzierung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rechnungsadresse/PLZ/Ort: |  | | |
| Kostengutsprache an SH-Kommission: | | pendent  liegt vor  nicht vorhanden |
| KESB Entscheid/Verfügung: | | Ja, mit Datum vom:        Nein  pendent |
| Freiwillige/Autonome Massnahme: | | Ja  Nein |
| Sozialhilfe: | | Ja  Nein |
| Selbstzahler/innen: | | 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 – SPF plus HTA**

1 SPF-Einsatz à 2 Stunden pro Woche + 1 HTA-Einsatz à 3 Stunden pro Woche, dies entspricht rund 29 Stunden

Dienstleistungsaufwand pro Monat.

**Intensiv – SPF plus HTA**

2 SPF-Einsätze à 2 Stunden pro Woche + 2 HTA-Einsätze à 3 Stunden pro Woche, dies entspricht rund 44 Stunden

Dienstleistungsaufwand pro Monat.

**Individuell – SPF plus HTA**

z.B. 1 SPF-Einsatz pro Woche + 2 HTA-Einsätze à 3 Stunden pro Woche. Je nach Auftrag ist der Dienstleistungs-

aufwand pro Monat unterschiedlich. Bitte kontaktieren Sie uns für mehr Details.

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

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

**Wohnsituation**

Miete  In Untermiete  Eigenheim

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Verwaltung: |  |  | Kontaktperson: |  |
| Adresse/Ort: |  |  | Telefon: |  |
| Mietbeginn: |  |  | Mail: |  |

**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 Familienbegleitung / Haushaltstraining**

(Tagesstruktur, Wohnsituation, Freizeitgestaltung, Haushalt, etc.)

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

**Bemerkungen**

|  |
| --- |
|  |

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

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