**Sozialpädagogische Erziehung und**

**Betreuung in Pflegefamilien**

**Mittel- und langfristige Plätze**

**Anmeldung (bitte jeweils vor der schriftlichen Anmeldung telefonisch Kontakt zu uns aufnehmen)**

**Angaben zum Kind**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname: |       | Nachname: |       |
| Geburtsdatum: |       | Konfession: |       |
| Nationalität: |       | Ausländerausweis: |       |
| Adresse: |       |  |  |
| GegenwärtigerWohnsitz: |       | Sozialversicherungsnummer |       |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz: |       | Unterstützungswohnsitz: |       |
| Heimatort: |       | GesetzlicheMassnahme: |       |

**Angaben zur Mutter zum Vater**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname: |       |  |       |
| Nachname: |       |  |       |
| Adresse: |       |  |       |
| Nationalität/ Ausländerausweis: |       |  |       |
| Geburtsjahr: |       |  |       |
| Konfession: |       |  |       |
| Zivilstand: |       |  |       |
| Sorgerecht: |       |  |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Einverständnis zur Aufnahme durch die Eltern: | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

**Weitere Informationen zum Kind/zur Familie**

|  |
| --- |
| Gründe für die Anmeldung/aktuelle Situation/Verhaltensauffälligkeiten: |
|       |
| Wichtige Familienereignisse (Scheidung, Tod, Krankheit, Migration, Fremdplatzierungen, etc.) |
|       |
| Gibt es ein Gutachten, Behördenentscheide, Berichte, etc. über Kind und/oder Familie? [ ]  Ja, welche? [ ]  Nein |
|       |
| Aktuelle Einschätzung der voraussichtlichen Dauer des Aufenthaltes in der Pflegefamilie:[ ]  unklar, evtl. unter 2 Jahre Aufenthalt[ ]  mittelfristig (2-5 Jahre, mit Perspektive Reintegration in die Herkunftsfamilie)[ ]  langfristig (5-18 Jahre resp. bis Ende Erstausbildung, mit oder ohne Perspektive Reintegration) |

**Information an die Eltern**

Mit der Anmeldung stellt uns die anfragende Stelle persönliche Angaben der Familie zur Verfügung. Aufgrund des Datenschutzgesetzes bitten wir die unterzeichnende Stelle, die Eltern darüber zu informieren, dass wir diese Angaben zur Finanzierung, zur internen Indikationsbesprechung und zu einer ersten Auswahl möglicher freier Plätze benötigen.

**KESB**

|  |  |
| --- | --- |
| Zuständige KESB: |       |
| Zuständiges KESB-MitgliedVorname Nachname: |       | E-Mail: |       |

**Anfragende Stelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse anfragende Stelle: |       |
| Mandatsträger/in Vorname: |       | Mandatsträger/in Nachname: |       |
| E-Mail: |       | Telefon: |       | Erreichbar: |       |

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