

Anmeldeformular Kindswohlabklärung



1. Familiensystem

Elternteil 01:

Vor- & Nachname:	
Geburtsdatum:	
Adresse, PLZ, Ort:	
Telefon, Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	
Nationalität:	
Gewünschte Sprache:	☐ Deutsch ☐ andere ☐ mit Dolmetscher möglich
Sorgerecht:	☐ ja ☐ nein

Elternteil 02:

Vor- & Nachname:	
Geburtsdatum:	
Adresse, PLZ, Ort:	
Telefon, Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	
Nationalität:	
Gewünschte Sprache:	☐ Deutsch ☐ andere ☐ mit Dolmetscher möglich
Sorgerecht:	☐ ja ☐ nein

Kinder:

Vor- & Nachname:	Geschlecht:	Geburtsdatum:	Schule, Lehrstelle:
	☐ w / ☐ m		
	☐ w / ☐ m		
	☐ w / ☐ m		
	☐ w / ☐ m		
	☐ w / ☐ m		
	☐ w / ☐ m		

Bemerkungen:	
---------------------	--

Familiensystem:

Wer lebt im gemeinsamen Haushalt (neue Partner der Km/des Kv u.a.)? Form der Familie (Patch-work-Familie, Einelternfamilie u.a.)?

--

Soziale, materielle Situation der Familie:

Relevante Faktoren wie Wohnsituation, Arbeitssituation, Nachbarschaft, soziales Umfeld u.a.

--

Gesundheitliche und psychische Situation der Familie bzw. der Familienmitglieder:
Relevante Faktoren wie Krankheiten, Sucht, Therapien u.a.

Relevante Ereignisse in der Familie:
Tod, Scheidung u.a.

2. Indikation für die Abklärung:

Anlass für die Abklärung, Problemdefinition:

Fragestellungen für die Abklärung:

3. Basis für die Abklärung:

Vorhandene Ressourcen im Familiensystem:

Risikoeinschätzung:

Wie bzw. wodurch ist die leistungsbeziehende Person aktuell und/oder in Zukunft gefährdet?

Haltung der einzelnen Familienmitglieder im Hinblick auf die Abklärung:

Kooperationsbereitschaft:

1 = sehr gering

10 = sehr hoch

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Bisherige Unterstützungsmassnahmen:

Vertrauenspersonen, Erziehungsberatung, Erziehungskurse, Therapien, etc.

Derzeitiges Helfersystem:

Angaben und Adressen über vormundschaftliche Mandatsträger, involvierte Fachpersonen, Unterstützung im nahen Umfeld bzw. Bezugs- und Vertrauenspersonen

--

4. Beistandschaft:

Besteht eine Beistandschaft?	☐ ja ☐ nein
Name, Vorname, Organisation Adresse:	

Anordnung:

Gibt es eine Verfügung? ☐ ja ☐ nein

Durch wen? (Bitte Verfügung beilegen)

--

5. Finanzierung**KJG-Leistungen**

Bei diagnostischer sozialpädagogischer Familienbegleitung:

KUEG-Antrag eingereicht:	Zeitraum: (von wann bis wann):	Gesamte Stunden:
☐ ja ☐ nein		

Andere Finanzierungsstelle:

Gesichert durch:	Zeitraum: (von wann bis wann):	Gesamte Stunden:

6. Bemerkungen

--

Ort, Datum:	
Zuweisende Stelle:	
	Telefon:
Zuständig:	Name, Vorname: Telefon direkt: E-Mail:
Stempel, Unterschrift:	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular geschützt per E-Mail an

info@inclusy.ch

oder per Post an

inclusy 4 all
Archplatz 2
8400 Winterthur