

sofa**platzierung**

**Anmeldeformular für Platzierungen Wochenendplatzierung (WPF)**

Vielen Dank für Ihre Anmeldung. Sie erleichtern uns unsere Arbeit, wenn Sie sich kurz Zeit nehmen, um dieses Formular vollständig auszufüllen. Da bei unterschiedlichen Platzierungsleistungen andere Daten relevant sind, haben wir für jede Platzierungsart ein eigenes Anmeldeformular erstellt. Die Daten werden vertraulich behandelt. Mit Ihrer Anmeldung bestätigen Sie das Sofa-Kostenreglement für Wochenendplatzierungen zur Kenntnis genommen zu haben. Bitte beachten Sie, das Sofa - Soziale Fachdienstleistungen ohne telefonische Vorabklärung keine Aufnahmegewähr bieten kann.

Auf unserer Website haben Sie die Möglichkeit die Leistungsbeschreibung und das Kostenreglement für Wochenendplatzierungen (WPF) herunterzuladen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

1. **Aufenthaltsdauer Ferienplatzierung (WPF)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Aufenthaltsdauer1) |  | bis |  |
|  |  |  |  |
| Reservation2) | JA /  Nein | Sofa-Gastfamilie |  |

1) Aufenthaltsdauer gemäss Leistungsbeschreibung Wochenendplatzierung (WPF) ein – bis mehrere Wochenenden.

2) Verbindliche Platzreservationen in bestimmten Sofa-Pflegefamilien werden nur nach vorgängiger telefonischer Besprechung gewährt und nach Kostenreglement Wochenendplatzierung (WPF) ab Datum der Anmeldung verrechnet.

1. **Personalien KlientIn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Vorname |  | Name |  |
|  |  |  |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht |  |
|  |  |  |  |
| Nationalität |  | Religion/Konfession |  |
|  |  |  |  |
| Aufenthaltsstatus |  | Sprachen |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Meldeadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Aufenthaltsadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Telefonnummer |  | Natelnummer |  |
|  |  |  |  |
| Email |  | Heimatort |  |
|  |  |  |  |
| Haftpflichtversicherung |  | Police-Nr. |  |
|  |  |  |  |
| Sektion |  | Telefonnummer |  |
|  |  |  |  |
| Krankenkasse |  | Police-Nr. |  |
|  |  |  |  |
| Sektion |  | Telefonnummer |  |

1. **Gesetzliche Grundlagen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Massnahme |  | Artikel |  |
|  |  |  |  |
| Sorgerecht |  | Obhutsrecht |  |
|  |  |  |  |
| MandatsträgerIn |  | | |

1. **Eltern, Angehörige und Bezugsperson**

**Mutter**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname |  | Name |  |
|  |  |  |  |
| Geburtsdatum |  | Nationalität |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Meldeadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Aufenthaltsadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Telefonnummer |  | Natelnummer |  |
|  |  |  |  |
| Email |  | Religion/Konfession |  |
|  |  |  |  |
| Sprachen |  | Kommunikation auf  Deutsch möglich | JA /  Nein |

**Vater**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname |  | Name |  |
|  |  |  |  |
| Geburtsdatum |  | Nationalität |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Meldeadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Aufenthaltsadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Telefonnummer |  | Natelnummer |  |
|  |  |  |  |
| Email |  | Religion/Konfession |  |
|  |  |  |  |
| Sprachen |  | Kommunikation auf  Deutsch möglich | JA /  Nein |

**Angehörige / Bezugsperson**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname |  | Name |  |
|  |  |  |  |
| Geburtsdatum |  | Nationalität |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Meldeadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Strasse (Aufenthaltsadresse) |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Telefonnummer |  | Natelnummer |  |
|  |  |  |  |
| Email |  | Religion/Konfession |  |
|  |  |  |  |
| Sprachen |  | Kommunikation auf  Deutsch möglich | JA /  Nein |

1. **AuftraggeberIn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Behörde / Institution |  | | |
|  |  |  |  |
| Abteilung |  | | |
|  |  |  |  |
| Vorname |  | Name |  |
|  |  |  |  |
| Funktion |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Strasse |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Telefon direkt |  | Telefon Sekretariat |  |
|  |  |  |  |
| Email |  | Arbeitstage |  |
|  |  |  |  |
| Stellvertretung |  | Telefon |  |

**Abweichender Vertragspartner**3)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Behörde |  | | |
|  |  |  |  |
| Abteilung |  | | |
|  |  |  |  |
| Vorname |  | Name |  |
|  |  |  |  |
| Strasse |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Funktion |  | Telefon |  |
|  |  |  |  |
| Email |  | | |

**Kostenträger / Rechnungsadresse**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Behörde / Institution |  | | |
|  |  |  |  |
| Abteilung |  | | |
|  |  |  |  |
| Vorname |  | Name |  |
|  |  |  |  |
| Strasse |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |

3) Vertragspartner der Sofa - Soziale Fachdienstleistungen ist in der Regel der zuständige Auftraggeber (kjz, JUGA, Institution). Abweichende Vertragspartner können Familiengerichte, KESB oder Gemeinden sein. Ist dies der Fall, benötigt Sofa - Soziale Fachdienstleistungen zwingend die Ansprechperson und Adressangaben des abweichenden Vertragspartners.

1. **Indikationsfragen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |
| 6.1 Ausgangslage  Grund der Anmeldung? Aktuelle Probleme? Gefährdung? Delikte, Strafverfahren? | |  | | |
|  | |  | | |
| 6.2 Auftragsregion  Wo soll die Platzierung stattfinden? | |  | | |
|  | |  | | |
| 6.3 Bisherige Unterstützungsmassnahmen  Bisherige Familienbegleitungen, Platzierungen (Bitte Organisation  und Jahr/Zeitraum angeben)? | |  | | |
|  | |  | | |
| 6.4 Hobbys, Interessen, Ressourcen  Freizeitgestaltung, Stärken und Interessen des Klienten? | |  | | |

1. **Ziel- und Auftragsdefinition**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |
| 7.1 Primäre Ziele der Wochenendplatzierung  (WPF)  Aus Sicht des Klienten? Aus Sicht der Herkunftsfamilie? Aus Sicht der AuftraggeberIn? | |  | | |

1. **Passungs- und Anforderungsfragen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |
| 8.1 Passung Pflegekind und Sofa-Gastfamilie  Was muss beachtet werden, damit eine möglichst hohe Passung für die Platzierung erreicht werden kann? | |  | | |
|  | |  | | |
| 8.2 Anforderungen an die Sofa-Gastfamilie  Welche fachlichen (pädagogischen oder medizinischen) oder persönlichen Anforderungen müssen vorhanden sein? | |  | | |

1. **Auftragsformulierung**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |
| 9.1 Auftragsformulierung der AuftraggeberIn  Wie lautet der Auftrag an Sofa - Soziale Fachdienstleistungen  (Formulierung für Platzierungsvertrag)? | |  | | |
|  | |  | | |
| 9.2 Kontaktregelung  Bitte Auftrag in Bezug auf Kontaktregelung (Personen benennen) formulieren. | |  | | |
|  | |  | | |
| 9.3 Medienregelung  Bitte Auftrag in Bezug auf Mediengebrauch (TV, Natel, Internet, Gamen usw.) formulieren. | |  | | |
|  | |  | | |
| 9.4 Suchtmittelkontrolle4)  Bitte Auftrag in Bezug auf Suchtmittelkontrolle (Substanzen, Regelmässigkeit usw.) formulieren | |  | | |
|  | |  | | |
| 9.5 Medikamentenkontrolle5)  Bitte Auftrag in Bezug auf die kontrollierte Abgabe von Medikamenten formulieren. | |  | | |
|  | |  | | |
| 9.7 Weitere Aufträge und Vereinbarungen  Weitere Aufträge und Vereinbarungen werden erst mit Unterzeichnung des Platzierungsvertrags gültig. | |  | | |

4) Suchtmittelkontrollen werden nach Kostenreglement Wochenendplatzierung (WPF) verrechnet. Bei regelmässigen Urinproben empfehlen wir eine medizinische Überweisung des Hausarztes für eine Kostenbeteiligung der Krankenkasse.

5) Medikamentenkontrollen werden nur in Auftrag und Rücksprache mit dem behandelnden Arzt übernommen.

1. **Multiple-Choice-Fragen**

Bei untenstehenden Fragen die passende Antwort einfach auswählen.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| Frage 1:  KlientIn ist über die geplante Platzierung und seine Rechte informiert und äussert sich ... | |  | einverstanden |  | aktiv ablehnend |
|  | gleichgültig |  | drohend / verweigernd |
|  | passiv ablehnend |  | … siehe Notiz |
| Notiz |  | | | | |
|  | | | | | |
| Frage 2:  Eltern sind über die geplante Platzierung informiert und äussern sich ... | |  | einverstanden |  | aktiv ablehnend |
|  | gleichgültig |  | drohend / verweigernd |
|  | passiv ablehnend |  | … siehe Notiz |
| Notiz |  | | | | |
|  | | | | | |
| Frage 3:  Wie beurteilen Sie den allgemeinen Gesundheitszustand des Klienten ... | |  | guter Gesundheitszustand | | |
|  | Abklärung notwendig… siehe Notiz | | |
|  | Krankheit bekannt. Diagnose… siehe Notiz | | |
| Notiz |  | | | | |
|  | | | | | |
| Frage 4:  Wie beurteilen Sie die psychische Stabilität des Klienten ... | |  | psychisch stabil | | |
|  | psychisch labil … siehe Notiz | | |
|  | psychische Krankheiten bekannt... siehe Notiz | | |
| Notiz |  | | | | |
|  | | | | | |
| Frage 5:  Wie beurteilen Sie das Suchtverhalten des Klienten ... | |  | keine Vorfälle | | |
|  | Gefährdung vorhanden. Bisher keine Vorfälle… siehe Notiz | | |
|  | Suchtverhalten bekannt. Substanzen... siehe Notiz | | |
| Notiz |  | | | | |
|  | | | | | |
| Frage 6:  Wie beurteilen Sie das Delinquenzverhalten des Klienten … | |  | keine Vorfälle | | |
|  | Potenzial vorhanden. Bisher keine Vorfälle… siehe Notiz | | |
|  | Delikte bekannt... siehe Notiz | | |
| Notiz |  | | | | |
|  | | | | | |
| Frage 7:  Wie beurteilen Sie das Aggressionsverhalten des Klienten ... | |  | keine Vorfälle | | |
|  | Potenzial vorhanden. Bisher keine Vorfälle… siehe Notiz | | |
|  | Aggressives Verhalten bekannt... siehe Notiz | | |
| Notiz |  | | | | |
|  | | | | | |
| Frage 8:  Wie beurteilen Sie das Sexualverhalten des Klienten ... | |  | normales, altersadäquates Verhalten | | |
|  | Gefährdungspotenzial vorhanden… siehe Notiz | | |
|  | Vorfälle bekannt ... siehe Notiz | | |
| Notiz |  | | | | |

1. **Bemerkungen und Wünsche**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 11.1 Bemerkungen  Was noch mitgeteilt werden muss |  |
|  |  |
| 11.2 Wünsche  Was als Wunsch deponiert wird. |  |

Mit Unterzeichnung der Anmeldung wird bestätigt folgende Dokumente zur Kenntnis genommen zu haben:

* Kostenreglement Wochenendplatzierung (WPF)
* Leistungsbeschreibung Wochenendplatzierung (WPF)

Diese Dokumente stehen auf unserer Website als PDF zum Herunterladen bereit.

Vielen Dank das Sie sich die Zeit genommen haben das Anmeldeformular vollständig auszufüllen. Wir werden Sie umgehend kontaktieren, um das weitere Vorgehen zu besprechen.

Datum und Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname, Name in Blockschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_