**Kontaktformular für interessierte Pflegefamilien**

Vielen Dank für Ihr Interesse. Wir bitten Sie dieses Kontaktformular digital vollständig auszufüllen und an uns zurück zu schicken. Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Person 1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Vorname |  | | | Name | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Geburtsdatum |  | | | Geschlecht | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Nationalität |  | | | Heimatort | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Zivilstand | Wählen Sie ein Element aus. | | | Beziehung | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Mitglied einer Religionsgemeinschaft? | Ja /  Nein | | | Religion/Konfession | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Wenn ja, welche? |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Telefonnummer |  | | | Natelnummer | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Email |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Erlernter Beruf |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Pädagogische Ausbildung (nicht zwingend) |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Aktueller Beruf |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Aktueller Arbeitgeber |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Tel. Geschäft |  | | | Arbeitspensum | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Seit |  | | | Erwerbssituation | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  |  | | |  | | Ja | | | Nein | |
| Wurden gegen Sie in den letzten 5 Jahren strafrechtliche Untersuchungen eingeleitet? | | | | | | |  | | |  | |
| Wenn Ja, weshalb? |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| Erhielten Sie in den letzten 5 Jahren Betreibungen? | | | | | | |  | | |  | |
| Wenn Ja, weshalb? |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| Gesundheitliche Situation | -2 | | -1 | | | Gesund | | +1 | | | +2 |
| Physische Gesundheit |  | |  | | |  | |  | | |  |
| Psychische Gesundheit |  | |  | | |  | |  | | |  |
| Bemerkungen/ Angaben zur Krankheit |  | | | | | | | | | | |

**Person 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Vorname |  | | | Name | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Geburtsdatum |  | | | Geschlecht | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Nationalität |  | | | Heimatort | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Zivilstand | Wählen Sie ein Element aus. | | | Beziehung | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Mitglied einer Religionsgemeinschaft? | Ja /  Nein | | | Religion/Konfession | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Wenn ja, welche? |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Telefonnummer |  | | | Natelnummer | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Email |  | | | | | | | |  | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Erlernter Beruf |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Pädagogische Ausbildung (nicht zwingend) |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Aktueller Beruf |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Aktueller Arbeitgeber |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Tel. Geschäft |  | | | Arbeitspensum | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  | | |  | | | | |  | | |
| Seit |  | | | Erwerbssituation | | | | | Wählen Sie ein Element aus. | | |
|  |  |  | | |  | | Ja | | | Nein | |
| Wurden gegen Sie in den letzten 5 Jahren strafrechtliche Untersuchungen eingeleitet? | | | | | | |  | | |  | |
| Wenn Ja, weshalb? |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| Erhielten Sie in den letzten 5 Jahren Betreibungen? | | | | | | |  | | |  | |
| Wenn Ja, weshalb? |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
| Gesundheitliche Situation | -2 | | -1 | | | Gesund | | +1 | | | +2 |
| Physische Gesundheit |  | |  | | |  | |  | | |  |
| Psychische Gesundheit |  | |  | | |  | |  | | |  |
| Bemerkungen/ Angaben zur Krankheit |  | | | | | | | | | | |

**Adresse**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Strasse |  | Nr. |  |
|  |  |  |  |
| PLZ |  | Ort |  |
|  |  |  |  |
| Kanton |  | Land |  |
|  |  |  |  |

**Aktuelle Wohnsituation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Art | Wählen Sie ein Element aus. | Wohnhaft seit |  |
|  |  |  |  |
| Wohnsituation | Wählen Sie ein Element aus. |  |  |
|  |  |  |  |
| Anzahl Zimmer | Wählen Sie ein Element aus. | Einzelzimmer  für Pflegekinder | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  |  |
| Haustiere |  | | |
|  |  |  |  |
| Hoftiere |  | | |
|  |  |  |  |
| Bemerkungen |  | | |

**Eigene Kinder / Adoptivkinder / Pflegekinder / Weitere Personen im Haushalt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |
| Vorname |  | Name | |  |
|  |  |  | |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht | | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  | |  |
| Beziehung zu Person 1 | Wählen Sie ein Element aus. | Beziehung zu Person 2 | | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  | |  |
| Lebt im Haushalt | Ja  Nein |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Notiz (bei Pflegekindern Auftraggeber angeben) |  | | | |
|  |  |  |  | |
| Vorname |  | Name | |  |
|  |  |  | |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht | | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  | |  |
| Beziehung zu Person 1 | Wählen Sie ein Element aus. | Beziehung zu Person 2 | | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  | |  |
| Lebt im Haushalt | Ja  Nein |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Notiz (bei Pflegekindern Auftraggeber angeben) |  | | | |
|  |  |  | |  |
| Vorname |  | Name | |  |
|  |  |  | |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht | | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  | |  |
| Beziehung zu Person 1 | Wählen Sie ein Element aus. | Beziehung zu Person 2 | | Wählen Sie ein Element aus. |
|  |  |  | |  |
| Lebt im Haushalt | Ja  Nein |  | |  |
|  |  |  | |  |
| Notiz (bei Pflegekindern Auftraggeber angeben) |  | | | |
|  |  |  | |  |

Weitere Personen bitte auf separatem Blatt beilegen.

**Fragen zu Erfahrungen und Wünschen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Bisherige Erfahrungen im Pflegekinderbereich? | | Ja | Nein |
| Haben Sie bereits einmal ein Pflegekind bei sich aufgenommen? | |  |  |
|  | | | |
| Haben Sie bereits einmal Kinder in Tagespflege betreut? | |  |  |
|  | | | |
| Haben Sie bereits einmal eine Pflegeplatzbewilligung bei der zuständigen Behörde beantragt? | |  |  |
|  | | | |
| Person 1: Haben Sie eine spezifische Weiterbildung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen? | |  |  |
| Wenn ja, welche? |  | | |
|  | | | |
| Person 2: Haben Sie eine spezifische Weiterbildung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen? | |  |  |
| Wenn ja, welche? |  | | |
|  | | | |
| Arbeiten Sie bereits mit einer anderen Familienplatzierungsorganisation zusammen? | |  |  |
| Wenn ja, welche? |  | | |

Für welche Altersgruppen von Pflegekindern erachten Sie sich als geeignet?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0-3 jährig | 7-9 jährig | 14-16 jährig |
| 4-6 jährig | 10-13 jährig | 17-22 jährig |

Passt eher ein Mädchen oder ein Junge in Ihre Familie?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| weiblich | | männlich | | Das spielt uns keine Rolle | |
|  |  | |  | |  |
| Und weshalb (Alter und Geschlecht)? |  | | | | |

Für welche Art von Platzierungen erachten Sie sich als geeignet?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dauerplatzierung | Überbrückungsplatzierung  (2 Wochen – 12 Monate) | Wochenendplatzierung |
| Krisenplatzierung (1-4 Wochen) | Schulische Auszeit  (1-3 Monate) | Ferienplatzierung  (min. 1 Woche) |
| Timeout (2-4 Wochen) | Prozessorientierte Platzierung  (6-12 Monate) | Platzierung mit Kind |
| Ausbildungsplatzierung | prozessorientiertes Auslandprojekt  (6-12 Monate) |  |

Können Sie dem Pflegekind eine interne oder externe Beschäftigungsmöglichkeit/Tagesstruktur anbieten? Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|  |

Worauf sollten wir bei einer Platzierung in Ihrer Familie allenfalls achten?

Machen Sie Einschränkungen (z.B. Religion, Hautfarbe usw.)?

|  |
| --- |
|  |

Trauen Sie sich zu, ein Kind mit folgenden Belastungen/Einschränkungen zu begleiten?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Ja | Nein | | Unsicher | |
| Kinder oder Jugendliche mit Traumatisierungen | |  |  |  | |
|  | | | | | |
| Kinder oder Jugendliche mit psychischen Erkrankungen | |  |  |  | |
|  | | | | | |
| Kinder oder Jugendliche mit Lernbehinderungen | |  |  |  | |
|  | | | | | |
| Kinder oder Jugendliche mit Wahrnehmungsschwierigkeiten | |  |  |  | |
|  | | | | | |
| Kinder oder Jugendliche mit körperlicher Behinderung | |  |  |  | |
|  | | | | | |
| Kinder oder Jugendliche mit chronischen Krankheiten | |  |  |  | |
|  | | | | | |
| Kinder oder Jugendliche mit delinquentem Verhalten | |  |  |  | |
|  | | | | | | |
| Bemerkung |  | | | | | |

Mit diesem Kontaktformular benötigen wir von Ihnen zwingend folgende Unterlagen:

* Chronologischer Lebenslauf Person 1 mit Foto
* Chronologischer Lebenslauf Person 2 mit Foto
* Motivationsschreiben

Wir werden Ihnen den Erhalt des Kontaktformulars bestätigen und Sie über das weitere Vorgehen informieren. In der Zwischenzeit können Sie sich auf unserer Website www.sofa-ag.ch weitere Informationen über unsere Arbeit und die Aufnahme als Sofa-Pflegefamilie informieren. Herzlichen Dank!

Datum und Ort,

Unterschrift Person 1

Unterschrift Person 2

