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 |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |
|       |       |       | [ ]  [ ]  |

**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

**Auftraggebende**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma/Adresse/PLZ/Ort:jjjjjjj  |       |
| 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 |
| Selbstzahler/innen: | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Elternbeitrag festgesetzt: | [ ]  Ja [ ]  Nein |

**Angebote**

Die Dienstleistungen werden in der Regel für 3 bis 6 Monate festgelegt, bis zur nächsten Standortbestimmung.

Bitte ankreuzen:

**Light – Übergabebegleitung** [ ]  **werktags** [ ]  **samstags** [ ]  **sonntags (Ausnahme)**

1 BBÜ-Einsatz pro Monat à:

 [ ]  1 Stunde pauschal für Übergaben/Übernahem des/der Kinder

 + zusätzliche Aufwände (Rückmeldungen, Mailverkehr, etc.) werden effektiv in Rechnung gestellt.

**Basis – Übergabebegleitung** [ ]  **werktags** [ ]  **samstags** [ ]  **sonntags (Ausnahme)**

2-3 (14-täglich) BBÜ-Einsätze pro Monat à:

 [ ]  1 Stunde pauschal für Übergaben/Übernahem des/der Kinder

 + zusätzliche Aufwände (Rückmeldungen, Mailverkehr, etc.) werden effektiv in Rechnung gestellt.

**Intensiv – Übergabebegleitung** [ ]  **werktags** [ ]  **samstags** [ ]  **sonntags (Ausnahme)**

4-5 (wöchentlich) BBÜ-Einsätze pro Monat à:

 [ ]  1 Stunde pauschal für Übergaben/Übernahem des/der Kinder

 + zusätzliche Aufwände (Rückmeldungen, Mailverkehr, etc.) werden effektiv in Rechnung gestellt.

**Wochenend Einsätze**

Bei Einsätzen am Samstag werden 25 % Zuschlag auf den gearbeiteten Stunden verrechnet. Sonntagseinsätze können wir nur bei Ausnahmen anbieten (Zuschlag 50 %). Bitte kontaktieren Sie uns vorab diesbezüglich.

**Individueller Auftrag**

Bitte kontaktieren Sie uns vorab diesbezüglich.

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Gemäss Offerte vom:  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Wunschzeiten für die Übergaben: |       |
| Gewünschtes Startdatum der BBÜ-Einsätze: |       |

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

**Sonstiges**

Den Zielen der Familie 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 die Familie oder an die Besuchsbegleitung werden beim Auftragsgespräch formuliert und aktualisiert. Dazu erfolgt nachfolgend ein Kurz-Protokoll an alle Beteiligten.

**Ziele Besuchsübergaben**

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

**Risikoeinschätzung/Gewalt**

|  |
| --- |
| Bestehen strafrechtliche Hinweise? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche?       |
| Bestehen bei einem oder mehreren Familienmitgliedern Hinweise auf Gewaltandrohungen und/oder -anwendungen? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche?       |
| Gegenüber Behörden und/oder anderen Fachpersonen? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche?       |
| Gegenüber Familienangehörigen (PartnerIn, ExpartnerIn, Kinder, andere Verwandte)? [ ]  Nein [ ]  Ja, welche?       |

**Bemerkungen/Wichtiges**

|  |
| --- |
|       |

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

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