

**Anmeldeformular Pflegeplatzierung**

Version 05/2023

Besten Dank für Ihre Anmeldung. Wir bitten Sie das Formular vollständig auszufüllen und es uns an die entsprechende Mail – Adresse zu retournieren. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Karin Gerber, Telefon 056 210 30 10 Mail karin.gerber@pflegekind-ag.ch

Ursula Heimgartner, Telefon 056 210 35 92 Mail ursula.heimgartner@pflegekind-ag.ch

Sandra Maurer, Telefon 056 210 30 11 Mail sandra.maurer@pflegekind-ag.ch

Barbara Thöni, Telefon 077 510 04 81 Mail barbara.thoeni@pflegekind-ag.ch

Sarah Bachmann, Telefon 077 497 60 07 Mail sarah.bachmann@pflegekind-ag.ch

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Zuweisende  Instanz |        |  Name/ Vorname |        |
|  Adresse |        |  PLZ, Ort |        |
|  Telefon |        |  Mail |        |
|  Mobile |        |  Strasse |        |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Kind**  |  **AHV Nummer** |
|  Name |        |  Vorname |        |
|  Geburtsdatum |        |  Nationalität |        |
|  PLZ, Ort |        |  Strasse  |        |
|  Konfession  |        |  Mobile |        |
|  Schule  |        |  Email |        |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Name |        |  Vorname |        |
|  Geburtsdatum |        |  Nationalität |        |
|  Konfession |        |  Zivilstand |        |
|  Beruf |        |  Strasse |        |
|  PLZ, Ort |        |  Telefon |        |
|  Mobile |        |  Email |        |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Name |        |  Vorname |        |
|  Geburtsdatum |        |  Nationalität |        |
|  Konfession |        |  Zivilstand |        |
|  Beruf |        |  Strasse |        |
|  PLZ, Ort |        |  Telefon |        |
|  Mobile |        |  Email |        |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Name |  Vorname |  Jahrgang |  Geschlecht (m/w) |
|        |        |        |        |
|        |        |        |        |
|        |        |        |        |
|        |        |        |        |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Name |  Vorname |  In Beziehung  |  Mobilenummer |
|        |        |        |        |
|        |        |        |        |
|        |        |        |        |

|  |
| --- |
|  **Gesetzliche Grundlage**  |
|  Massnahme |        |  Artikel |        |
|  Elterliche Sorge |        |  Aufenthaltsbe- stimmungsrecht |        |
|  Mandatsträger |        |  |        |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Behörde |  Institution |  Abteilung  |  Name |
|        |        |        |        |
|  Strasse  |        |  PLZ |        |
|  Ort |        |  |  |

**Allgemeine Frage:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zuhause gesprochene Sprache?**  |       |
| **Sind die Eltern IV Bezüger?** |       |
| **Läuft eine IV Massnahme für das Kind?** |       |
| **Welche Stellen sind involviert?**  |       |
| **Braucht das Kind spezielle medizinische Massnahmen? Allergien?** |       |
| **Braucht das Kind spezielle psychiatrische Massnahmen /Therapien?** |       |
| **Sozialtherapeutische Massnahmen?** |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Funktion |  [ ]  Vormund/Vormundin |  [ ]  Beistand/Beiständin |
|  Name |        |  Vorname |        |
|  Strasse |        |  PLZ, Ort |        |
|  Telefon, Mobile |        |  Email |        |

|  |  |
| --- | --- |
|  Datum Platzierung  |        |
|  Gewünschte Platzierung  |       [ ]  Übergangs-/Notfallplatzierung (SOS) [ ]  Wochenpflegeplatz [ ]  Dauerpflegeplatz[ ]  Wochenendpflegeplatz [ ]  Ferienpflegeplatz |

**Bemerkungen:**

|  |  |
| --- | --- |
|  Ort, Datum |       |
|  |  |
|  Unterschrift  zuweisende Stelle |  |