

**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](mailto:karin.gerber@pflegekind-ag.ch)

Ursula Heimgartner, Telefon 056 210 35 92 Mail [ursula.heimgartner@pflegekind-ag.ch](mailto:ursula.heimgartner@pflegekind-ag.ch)

Sandra Maurer, Telefon 056 210 30 11 Mail [sandra.maurer@pflegekind-ag.ch](mailto:sandra.maurer@pflegekind-ag.ch)

Barbara Thöni, Telefon 077 510 04 81 Mail [barbara.thoeni@pflegekind-ag.ch](mailto: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 |  |