**BEREICH A: Kinder und Jugendliche**

**Indikation für die ambulante**

**sozialpädagogische Familienbegleitung**

(§23 Abs. 2 bis SEG)

Die Indikation gibt Aufschluss über mögliche Abklärungsergebnisse, den Bedarf und die Ziele der vorgeschlagenen Massnahmen, die Wahl der sozialen Einrichtung (Leistungserbringer/in) und deren Auftrag. Das Indikationsformular ist durch die Berufsbeistandschaft oder eine andere Fachperson auszufüllen und der vorgesehenen sozialen Einrichtung zu senden. Diese übermittelt das Indikationsformular zusammen mit dem Gesuch um Kostenübernahme (KÜG) der Dienststelle Soziales und Gesellschaft DISG. Die DISG prüft das KÜG (§ 19 Abs. 2 SEV).

**Nutzende/r:**

**Name:**       **Vorname:**

**Geb.:**        **AHV-Nr.**

**Geschlecht: [ ]** männlich **[ ]** weiblich

**Weitere für die aSPF relevante Familienmitglieder**

(Bitte sämtliche im Haushalt lebenden Familienmitglieder aufführen. Damit wird ein allfälliges Akteneinsichtsrecht unterstützt.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **AHV-Nr.** | **Geb. Datum** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

1. **Grund für die ambulante sozialpädagogische Familienbegleitung**(zutreffend Gründe bitte ankreuzen und erläutern)

**[ ]** Erziehungsprobleme, familiäre Situation:

[ ]  Fehlendes soziales Netz, Isolation:

[ ]  Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung der Kinder:

[ ]  Behinderung, Krankheit des Kindes:

[ ]  Verhaltensauffälligkeiten Kinder:

[ ]  Elternkonflikte:

[ ]  Teilintegration während Fremdplatzierung:

[ ]  Reintegration nach Fremdplatzierung:

[ ]  Andere Gründe, welche:

1. **Ressourcen**

Welche Ressourcen sind seitens des Kindes bzw. der/des Jugendlichen, seitens der Eltern, der Familie, des Umfelds, der Schule und Ausbildung vorhanden, welche fehlen?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Vorhandene Ressourcen | Fehlende Ressourcen |
| Kind/Jugendliche/r |       |       |
| Eltern |       |       |
| Familie/Umfeld |       |       |
| Schule/Ausbildung |       |       |

1. **Bisherige Massnahmen**

Welche Unterstützungsangebote wurden bereits wahrgenommen, welche Massnahmen bereits getroffen? Wurden Abklärungen durchgeführt?

|  |  |
| --- | --- |
| Unterstützungsangebote / Massnahmen / Abklärungen | Ergebnisse |
|       |       |

1. **Zielsetzung**

Wozu wird die ambulante sozialpädagogische Familienbegleitung empfohlen?

[ ]  Systemstabilisierung

[ ]  Platzierungsverhinderung

[ ]  Platzierungsvorbereitung

[ ]  Platzierungsbegleitung

[ ]  Rückplatzierungsbegleitung

Ziele der ambulanten sozialpädagogischen Familienbegleitung:

1. **Soziale Einrichtung**

Welche Anbieterin/welcher Anbieter ist für die ambulante sozialpädagogische Familienbegleitung vorgesehen?

1. **Beantragte Dauer der ambulanten sozialpädagogischen Familienbegleitung**

Von:       Bis (12 Monate):

1. **Haltung zur ambulanten sozialpädagogischen Familienbegleitung**

Haltung der Eltern zur vorgeschlagenen Familienbegleitung:

Haltung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen zur vorgeschlagenen Familienbegleitung:

Ist dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen eine Vertrauensperson zugewiesen (Art. 1 a, Abs. 2 lit. b PAVO)?

**[ ]** ja **[ ]** nein

1. **Indizierende Stelle**

|  |
| --- |
| Fachstelle/Behörde:         Zuständige Fachperson:      Adresse:      PLZ/Ort:      Telefonnummer:       E-Mail:       Datum:       Unterschrift:       |