

## Anfrageformular stationäre Leistungen

### Tagesstruktur

Wir bitten Sie, dieses Formular **möglichst vollständig** auszufüllen und uns per E-Mail (stiftung-passaggio@hin.ch / SecureMail) oder Post zukommen zu lassen.

Wir behandeln Ihre Angaben nach den Vorgaben des Datenschutzgesetzes des Kantons Bern (KDSG).

### Gewünschte Leistung

- telefonische Beratung
- stationäre Leistung innerhalb Leistungsvertrag KJA
- Leistung der Tages- und Bildungsstrukturen

### Leistungsbesteller

- KESB
- Sozialdienst
- Jugendanwaltschaft
- sonstiges:

### Ansprechperson

Funktion:

Adresse:

Name, Vorname:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Erreichbarkeit:

Kostengutsprache durch:

**Angaben zur Indexklientel (in der Regel das jüngste Kind)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschwister: \_\_\_\_\_

**Kindeschutzmassnahmen**

ZGB:  Beistandschaft  Erziehungsaufsicht Art. \_\_\_\_\_

JStG: Massnahme: \_\_\_\_\_ Art. \_\_\_\_\_

Obhut:  Kindesmutter  Kindesvater  Eltern  
 mündig

Sorgerecht:  Kindesmutter  Kindesvater  Eltern  
 mündig

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Primärsystem**

**Kindesmutter**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**Kindesvater**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

<b>Indikationsgrund:</b>
<b>möglicher Auftrag:</b>
<b>Ort/Datum:</b>

Dank für Ihr Interesse. Wir werden Ihre Anfrage so rasch als möglich beantworten.