

Anfrageformular Ambulante Leistungen

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).

Ambulante Leistungen innerhalb Leistungsvertrag KJA (KFSG)

- Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF)
- Intensivbegleitung in der Familie (IBF)
- Nachbetreuung/Nachsorge
- Begleitete Übergabe der Wahrnehmung des Besuchsrechts (BRB)
- Begleitete Ausübung des Besuchsrechts (BRB)
- Vermittlung von Pflegeplätzen in der Langzeitunterbringung
- Sozialpädagogische Begleitung bei Langzeitunterbringung in der Familienpflege

Ambulante Leistungen ausserhalb Leistungsvertrag KJA (nicht KFSG)

- KOFA Intensivabklärung
- Ambulant aufsuchende Abklärung
- Kombinierte ambulante aufsuchende Abklärung/Psychiatrische Abklärung
- Angeordnete Beratungen
- Familienberatung (privat finanziert)

Leistungsbesteller

- KESB Sozialdienst Jugendanwaltschaft
- Sonstiges:

Ansprechsperson

Funktion:

Adresse:

Name, Vorname:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Erreichbarkeit:

Kostengutsprache durch:

Angaben zur Indexklientel (in der Regel das jüngste Kind)

Name: _____ Vorname: _____
Sozialversicherungsnr: _____ Geburtsdatum: _____
Geschwister: _____

Kindeschutzmassnahmen

ZGB: Beistandschaft Art. _____
 Erziehungsaufsicht

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: _____

Indikationsgrund:

möglicher Auftrag:

Ort/Datum:

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