**BEREICH A: Kinder und Jugendliche**

**Indikation**

**Aufsuchende sozialpädagogische Familienbegleitung aSPF**

(§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. **Gründe für die aSPF**

Zutreffende Gründe bitte ankreuzen und erläutern.

|  |
| --- |
| Erziehungsprobleme, familiäre Situation: |
| Fehlendes soziales Netz, Desintegration, Isolation: |
| Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung von Minderjährigen: |
| Jugenddelinquenz: |
| Behinderung, Krankheit des Kindes bzw. des/der Jugendlichen (Unterstützung der Sorgeberechtigten wegen hohem Pflege- oder Betreuungsbedarf): |
| Verhaltensauffälligkeiten Kinder: |
| Elternkonflikte |
| Teilintegration während ausserfamiliärer Unterbringung |
| Reintegration nach ausserfamiliärer Unterbringung |
| Andere Gründe: |

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**

|  |
| --- |
| Was ist die Zielsetzung für die aSPF:    Wozu wird die aSPF empfohlen?  Systemstabilisierung  Platzierungsverhinderung  Platzierungsvorbereitung  Platzierungsbegleitung  Rückplatzierungsbegleitung |

1. **Soziale Einrichtung**

|  |
| --- |
| Welche Anbieterin ist für die aSPF vorgesehen? |

1. **Beantragte Dauer der aSPF**

|  |
| --- |
| **Von:**       Bis (sofern bekannt): |

1. **Haltung zur aSPF**

|  |
| --- |
| Haltung der Eltern zur aSPF:    Haltung der Kinder bzw. der Jugendlichen zur aSPF (Art. 1a, Abs. 2, lit. c PAVO):    Ist eine Person des Vertrauens installiert (Art. 1a, Abs. 2, lit. b PAVO)?  ja  nein |

1. **Indizierende Stelle**

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