**BEREICH A: Kinder und Jugendliche**

**Indikation**

**Verlängerung aufsuchender sozialpädagogischer**

**Familienbegleitung aSPF**

(§23 Abs. 2 bis SEG)

Die Indikation gibt Aufschluss über die bisherige Zielerreichung, die Begründung und Zielsetzung der Verlängerung, die Haltung zur und beantragten Dauer der Verlängerung. 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:** männlichweiblich

**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. **Soziale Einrichtung**

|  |
| --- |
| Anbieterin aSPF: |

1. **Zielerreichung**

|  |
| --- |
| Welche Ziele der aSPF wurden bisher erreicht? |

1. **Begründung**

|  |
| --- |
| Begründung zur Verlängerung der aSPF: |

1. **Zielsetzung**

|  |
| --- |
| Neue Zielsetzung für die Dauer der Verlängerung der aSPF: |

1. **Haltung**

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

1. **Beantragte Dauer der Verlängerung der aSPF**

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

1. **Indizierende Stelle**

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