|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zur einweisenden Behörde** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name und Adresse der einweisenden Behörde | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Angaben zur Person** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | | | |  | | | | | | Vorname | |  | | |
| Geburtsdatum | | | | | |  | | | | | | Geschlecht | | männlich | | weiblich |
| Sozialversicherungsnummer | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Adresse zivilrechtlicher Wohnsitz  (Heimaufenthalt begründet keinen Wohnsitz) | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Name und Adresse der Eltern | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Asylsuchende/r | | | | | | | | | | | | Flüchtling / vorläufig Aufgenommene/r | | | | |
| **Art der Behinderung:** (Hauptsächliche Behinderungsart) | | | | | | | | | | | | **Behördenentscheid:** | | | | |
| keine | geistig | | körperlich | | | | sinnes | | | verhalten | | Beistandschaft (Art. 310 ZGB)  Vormundschaft (Art. 327 a-c ZGB)  Name, Adresse: | | | | |
| **Hilflosigkeit:** | | | | | | | | | | | |
| keine | | leicht | | mittel | | | | | schwer | | |
| **IV:** | | berufliche Massnahme | | | | | | | Ausbildung | | |
| **schulische Massnahme:**  Sonderschulbedarf | | | | | | | | | | | |
| **Angaben zur Einrichtung** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name, Adresse, Telefon | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Angebot | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Angaben zum Aufenthalt** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datum des Eintritts: | | | | | | | | Beginn der KÜG: | | | | | Verlängerungsgesuch ab: | | | |
| voraussichtliche Aufenthaltsdauer: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bei Sonderschulen**  Vollzeitinternat  Teilzeitinternat / Anzahl Nächte bei Eintritt | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Beilagen/Unterschriften** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bei einer Einweisung ist gemäss § 32 SEV mit dem Gesuch ein Bericht einzureichen, der über den Grund und das Ziel der Einweisung,  die Wahl der vorgeschlagenen Einrichtung und die bisher getroffenen Massnahmen Aufschluss gibt. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Unterlagen:** | | | | | Indikation | | | | | | Verfügung KESB | | | | sonstige | |

|  |
| --- |
| Stempel/Unterschrift der einweisenden Behörde:Ort und Datum |

|  |
| --- |
| **Dienststelle Soziales und Gesellschaft empfiehlt vorgeschlagene Platzierung:  Ja  Nein**  **Kostenübernahmegarantie, gültig bis:**  Luzern,  Stempel/Unterschrift |

Formular mit Beilagen bitte an **Dienststelle Soziales und Gesellschaft, Abteilung Soziale Einrichtungen,**

**Rösslimattstrasse 37, 6002 Luzern, Tel. 041 228 51 37, Fax 041 228 51 76**