**BEREICH A: Kinder und Jugendliche**

**Indikation für die Verlängerung ambulanter**

**sozialpädagogischer Familienbegleitung**

(§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** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**Soziale Einrichtung / Anbieter/in ambulante sozialpädagogische Familienbegleitung:**

1. **Zielerreichung**

Welche Ziele der ambulanten sozialpädagogischen Familienbegleitung wurden bisher erreicht?

1. **Begründung**

Begründung der Verlängerung der ambulanten sozialpädagogischen Familienbegleitung:

1. **Neue Zielsetzung**

Neue Zielsetzung der Verlängerung der ambulanten sozialpädagogischen Familienbegleitung:

1. **Haltung zur ambulanten sozialpädagogischen Familienbegleitung**

Haltung der Eltern zur vorgeschlagenen Familienbegleitung:

Haltung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen zur vorgeschlagenen Familienbegleitung:

Ist dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen eine Vertrauensperson zugewiesen (Art. 1 a, Abs. 2 lit. b PAVO)?

**[ ]** ja **[ ]** nein

1. **Antrag**

Die Verlängerung wird beantragt bis am:

1. **Indizierende Stelle**

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