

Anfrageformular

Wir behandeln Ihre Angaben nach den Vorgaben des Datenschutzgesetzes des Kantons Bern (KDSG).

Datum: _____

Stationäre Leistungen

- SIZ (Sozialpädagogisches Interventionszentrum, KPZ: 034 461 16 22 oder Triage: 079 643 25 00)
- Zentrum Haldenstrasse
- Ausbildungswohngruppe in Lützelflüh
- Passaggio-Studio
- Partnerfamilien (Pflegefamilien)
- Time-Out Platz (mind. 4, max. 12 Wochen)
- Distanzplatz Ausland (Korsika, Südfrankreich)

Ambulant aufsuchende Leistungen

Interventionen:

- Familienbegleitung SPF (Pilot Kanton Bern) Familienbegleitungen SPF Intensiv
- Wohnbegleitung Familienberatung (privat finanziert) Besuchsrechtsbegleitung
- Angeordnete Beratung

Abklärungen aufsuchend:

- KOFA Intensivabklärung ambulant-aufsuchende Abklärung
- Psychiatrische Abklärung

Ambulant betreuende Leistungen (Tagesstrukturen)

- Arbeit-Netz-Werk
- Arbeitstraining Berufsfindungsjahr
- EBA Lehrstelle INSOS Pra Vorlehre / Brückenangebote
- Tagesschule (Oberstufe) Fernbeschulung (Oberstufe) Einzelbeschulung

Auftraggebende Stelle

- KESB Sozialdienst Jugendanwaltschaft sonstiges: _____

Bezeichnung: _____

Adresse: _____

Name: _____ Vorname: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Erreichbarkeit: _____

Kostengutsprache durch: _____

Angaben zur Klientin / zum Klienten

Name: _____ Vorname: _____

weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____

Aufenthaltsbewilligung: C B F N L

Sprache: Mundart anderes: _____

Schulpflicht: ja Schulausschluss Art. _____

obligatorische Schulzeit beendet

Fremdgefährdungspotential: ja kein Thema unklar

Selbstgefährdungspotential: ja kein Thema unklar

sexuelle Auffälligkeiten: ja kein Thema unklar

Drogenkonsum: THC Alkohol harte Drogen kein Thema

Therapie: ja bei wem: _____

nein nötig, aber noch nicht eingeleitet

Medikation: ja was: _____

Verhütung: ja nein

Massnahme: ja nein

ZGB: Beistandsschaft Art. _____

Obhutsentzug Art. _____

FU Art. _____

JStG: Massnahme: Art. _____

Sorgerecht: Kindesmutter Kindsvater Eltern

mündig mündig mit Massnahme

Angaben zum Primärsystem

Kindesmutter

Name: _____ Vorname: _____

Nationalität: _____ Aufenthaltsbewilligung: C B F N L

Zivilstand: ledig verheiratet getrennt geschieden

Sprache: _____ versteht Mundart gut versteht Mundart schlecht

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel: _____

Kindsvater

Name: _____ Vorname: _____

Nationalität: _____ Aufenthaltsbewilligung: C B F N L

Zivilstand: ledig verheiratet getrennt geschieden

Sprache: _____ versteht Mundart gut versteht Mundart schlecht

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Tel: _____

Indikationsgrund:

möglicher Auftrag:

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

Speichern Sie das ausgefüllte Formular und senden Sie es als Anhang an: info@stiftung-passaggio.ch
Oder – sicherer! – drucken Sie das Formular aus und schicken Sie es per Post oder Fax an:

Stiftung Passaggio
Postfach
3432 Lützelflüh
Fax 034 461 20 64