

## SOFA Anfrage Sozialpädagogische Familienarbeit KJU

Vielen Dank für Ihre Anfrage.

**Wir bitten Sie, dieses Formular auszufüllen und an uns zurückzusenden:**

**Kinder- und Jugendsiedlung Utenberg, SOFA Teamleitung, Utenbergstrasse 7, 6006 Luzern**

Nach Erhalt werden wir Ihre Anfrage aufnehmen und die Abteilungsleitung wird innerhalb von drei Arbeitstagen mit Ihnen Kontakt aufnehmen.

<b>Anfrage-Datum:</b>	
-----------------------	--

ELTERN	
<b>Mutter Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
E-Mail:	Tel.:
Geb.:	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Vater Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
E-Mail:	Tel.:
Geb.:	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

ANGABEN KIND, JUGENDLICHE	
<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Sozialversicherungs-Nr.:	Handy-Nr.:
Heimatort/Nationalität:	Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung:
Gesetzliche Massnahmen:	Erstsprache:

<b>Schulhaus/Lehrbetrieb</b>	<b>Lehrperson/Lehrmeister Name/Vorname:</b>	Tel G.:
Strasse/Nr.:	E-Mail:	Handy:
PLZ/Ort:	Klassentyp/Schulklasse: ..... (Schuljahr 20../..)	

<b>ANGABEN GESCHWISTER</b>		
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	
Sozialversicherungs-Nr.:	Erstsprache:	
Heimatort/Nationalität:	Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung:	
Gesetzliche Massnahmen:		
<b>Schulhaus/Lehrbetrieb</b>	<b>Lehrperson/Lehrmeister</b> Name/Vorname:	Tel G.:
Strasse/Nr.:	E-Mail:	Handy:
PLZ/Ort:	Klassentyp/Schulklasse: ..... (Schuljahr 20../..)	
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	
Sozialversicherungs-Nr.:	Erstsprache:	
Heimatort/Nationalität:	Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung:	
Gesetzliche Massnahmen:		
<b>Schulhaus/Lehrbetrieb</b>	<b>Lehrperson/Lehrmeister</b> Name/Vorname:	Tel G.:
Strasse/Nr.:	E-Mail:	Handy:
PLZ/Ort:	Klassentyp/Schulklasse: ..... (Schuljahr 20../..)	
<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:	
Sozialversicherungs-Nr.:	Erstsprache:	
Heimatort/Nationalität:	Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung:	
Gesetzliche Massnahmen:		
<b>Schulhaus/Lehrbetrieb</b>	<b>Lehrperson/Lehrmeister</b> Name/Vorname:	Tel G.:
Strasse/Nr.:	E-Mail:	Handy:
PLZ/Ort:	Klassentyp/Schulklasse: ..... (Schuljahr 20../..)	

<b>Anfragende:</b>	
Stelle:	Name/Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Tel.:	E-Mail:
<b>Versorger/Beistand:</b>	
Stelle:	Name/Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Tel.:	E-Mail:

<p><b>Aktuelle Situation</b> Beschreibung der besonders belastenden Themen in der Familie</p>	
<p><b>Welche Ressourcen in der Familie, im Umfeld usw. sind bekannt?</b></p>	
<p><b>Welche Unterstützungsangebote/Massnahmen wurden schon durchgeführt?</b></p>	



<b>Schulische Situation, Schulunterstützungsan- gebot IF/IS</b>	
<b>Worauf muss Ihrer An- sicht nach besonders geachtet werden?</b>	
<b>Besteht eine Suchtprob- lematik?</b>	

<b>Umfang der Familien- begleitung?</b> <b>Voraussichtliche Dauer?</b>	Stunden pro Woche der Stunden pro Monat:  Dauer:
<b>Weitere Bemerkungen</b>	