

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.

Anfrage-Datum:	
-----------------------	--

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

ANGABEN KIND, JUGENDLICHE	
Name:	Vorname:
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:

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

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

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

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

Schulische Situation, Schulunterstützungs- angebot IF/IS	
Worauf muss Ihrer An- sicht nach besonders geachtet werden?	
Besteht eine Suchtprob- lematik?	

Gibt es Kenntnisse von Gewalt/Bedrohung in der Familie oder bei einzelnen Familienmitgliedern?	
Umfang der Familienbegleitung Voraussichtliche Dauer?	Stunden pro Woche der Stunden pro Monat: Dauer:
Weitere Bemerkungen	