Stadt Luzern

Kinder- und Jugendsiedlung Utenberg
Stadt Luzern
Utenbergstrasse 7
6006 Luzern
www.utenberg.ch

T 041 429 60 60
utenberg@stadtluzern.ch

# 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: ☐ Ja ☐ Nein |
| **Vater Name:** | **Vorname:** |
| Strasse/Nr.: | PLZ/Ort: |
| E-Mail: | Tel.: |
| Geb.: | Sorgerecht: ☐ Ja ☐ Nein |

| **ANGABEN KIND, JUGENDLICHE** | |
|---|---|
| **Name:** | **Vorname:** |
| Geburtsdatum: | Geschlecht: ☐ weiblich ☐ 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: □ weiblich □ männlich |
| Strasse/Nr.: | | PLZ/Ort: |
| Sozialversicherungs-Nr.: | | Erstsprache: |
| Heimatort/Nationalität: | | Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung: |
| Gesetzliche Massnahmen: | | |
| **Schulhaus/Lehrbetrieb** | **Lehrperson/Lehrmeister**<br>Name/Vorname: | Tel G:: |
| Strasse/Nr.: | E-Mail: | Handy: |
| PLZ/Ort: | Klassentyp/Schulklasse: ..... (Schuljahr 20../..) | |

| **Name:** | | **Vorname:** |
|---|---|---|
| Geburtsdatum: | | Geschlecht: □ weiblich □ männlich |
| Strasse/Nr.: | | PLZ/Ort: |
| Sozialversicherungs-Nr.: | | Erstsprache: |
| Heimatort/Nationalität: | | Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung: |
| Gesetzliche Massnahmen: | | |
| **Schulhaus/Lehrbetrieb** | **Lehrperson/Lehrmeister**<br>Name/Vorname: | Tel G:: |
| Strasse/Nr.: | E-Mail: | Handy: |
| PLZ/Ort: | Klassentyp/Schulklasse: ..... (Schuljahr 20../..) | |

| **Name:** | | **Vorname:** |
|---|---|---|
| Geburtsdatum: | | Geschlecht: □ weiblich □ männlich |
| Strasse/Nr.: | | PLZ/Ort: |
| Sozialversicherungs-Nr.: | | Erstsprache: |
| Heimatort/Nationalität: | | Aufenthalts-/Niederlassungsbewilligung: |
| Gesetzliche Massnahmen: | | |
| **Schulhaus/Lehrbetrieb** | **Lehrperson/Lehrmeister**<br>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: |

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

| | |
|---|---|
| **Haben bereits Abklärungen stattgefunden?** | |
| **Zielsetzungen für eine Familienbegleitung?** | |
| **Bereitschaft der Zusammenarbeit mit der Sozialpädagogischen Familienarbeit?** | Eltern:<br><br>Kind/Jugendliche: |

| | |
|---|---|
| **Schulische Situation, Schulunterstützungsangebot IF/IS** | |
| **Worauf muss Ihrer Ansicht nach besonders geachtet werden?** | |
| **Besteht eine Suchtproblematik?** | |

| | |
|---|---|
| **Umfang der Familien-gebgleitung?**<br>**Voraussichtliche Dauer?** | Stunden pro Woche der Stunden pro Monat:<br><br>Dauer: |
| **Weitere Bemerkungen** | |