



Dieser Bogen ist zwingend VOR Aufnahme ausgefüllt an die Notaufnahme zu senden

Zutreffendes bitte ankreuzen Nichtzutreffendes ggf. durchstreichen

Sehr geehrte Damen und Herren,
heute stellen Sie uns im Rahmen einer Inobhutnahme § 42 SGB VIII (Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen) Notaufnahme § 34 SGB VIII (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform) ein Kind zu Bedingungen unseres **Pflegesatzes**. (pädagog. von uns empfohlene und konzeptionell vorgesehene Betreuungszeit bei Notaufnahmen: 3 bis **max. 6 Monaten**). Ein erstes Perspektivgespräch/Fachgespräch findet in den **ersten 5 Tagen** statt, das erste HPG findet in den **ersten 8 Wochen** statt. Terminiert und vereinbart wird dies beim ersten Fachgespräch.)

Ausgenommen ist die Aufnahme von Kindern aus dem Personenkreis nach § 35a SGB VIII, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. Ausnahmen können nur mit Zusatzleistungen/-personal frühzeitig angefragt werden! Zusätzliche Fachleistungsstunden können anfallen.

Zusätzliche Leistungen wie zB Fahrdienste, Einzelfallhilfen, Begleitung zu jeweils externen Stellen außerhalb des Stadtgebietes können erbracht werden gegen zusätzliche Berechnung und in Absprache.

Voraussichtliche Zusatzleistungen: _____

Damit wir das Kind gut betreuen und versorgen können, bitten wir folgende Fragen soweit möglich/bekannt zu beantworten: ^

A – Stammdaten

Name _____ geboren am _____ in _____

Mutter: SR* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein geb. am: Name	Vater: SR* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein geb am: Name
Strasse/PLZ/Ort	Strasse/PLZ/Ort
Tel.	Tel
Vormund _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Ämter/Behörden <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/>	Strasse/PLZ/Ort
Tel	Mail
Sonstiger Kontakt	
Wiederholte Unterbringung? (soweit bekannt)	
Monat/Jahr	

*SR=Sorgerecht



Dieser Bogen ist zwingend VOR Aufnahme ausgefüllt an die Notaufnahme zu senden

B – Infos zum Kind

Ist bekannt oder ersichtlich, dass das Kind

eine Behinderung hat, wenn ja welche _____

Verletzungen hat, wenn ja
welche _____

Hilfsmittel braucht: _____

eine Einzelfallhilfe hat oder braucht.

C – Kontaktdaten

Zuständiges JA: _____ Sachbearbeiter: _____

Tel: _____ Mailadresse: _____

WJH: _____ Mail: _____

D - Unterlagen

Betreff	wird nachgereicht	erhalten am
Ausweis <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>		
Krankenkarte/Krankenkasse:		
Impfpass		
Pädg. Vorberichte KJH, SPFH, JA etc.		
Med.Vorbefunde		
Ärzteverzeichnis/Kontaktdaten		

