



# 1. Anmeldeformular (Auszufüllen für eine unverbindliche Anfrage. Klicken, um anzukreuzen)

Datum

- stationär:     **WG24** (Geschwister Betreuung)  
                    **WG67A** (Mädchen und junge Frauen)     **WG67** (Vorschulkinder)
- ambulant:     **SPT** (Sozialpädagogische Tagesstruktur)  
                    **SPF** (Sozialpädagogische Familienbegleitung)  
                    **BB** (begleitetes Besuchsrecht)                     **BÜ** (begleitete Übergaben)  
                    **WB** (Wohnbegleitung und Jugendcoaching)

zuweisende Stelle:

- Beistandsperson                     fallführendeR SozialarbeiterIn  
 KESB  
 Gericht

Kontakt- person:	Name	
	Vorname	
	Adresse	
	PLZ / Ort	
	Tel.	
	Mail	
	Beistandschaft Art. ZGB	
	Aufenthaltsbestimmungsrecht Art. ZGB	
	Indikation (kurz):	
	Auftrag (kurz):	
Gewünschter Eintritt / Beginn:		

# 2. Personalien (nur auszufüllen, wenn es zu einer definitiven Anmeldung und einem Auftrag an die Oberlimatte kommt. Bei mehreren Kindern, pro Kind separat auszufüllen)

## 2.1 Kind / Jugendliche / Jugendlicher

Name		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geb.datum	
whft. bei	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> Dritten	Heimatort	
wenn whft bei Dritten, bei wem:			
AHV-Nummer:			
Adresse		PLZ / Ort	
Tel. Nr.		Mail	
KK		KK.Nr.	

Anmelde- und Personalienformular

Konfession			
Hausarzt			
Tel. Arzt		Mail Arzt	
Krankheiten			
Medikamente			
Schule			
Klasse			
Lehrperson			
Tel. KLP		Mail KLP	
Tel. Lehrerzimmer			
Essen	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch <input type="checkbox"/> ohne Rindfleisch <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> Zöliakie <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz <input type="checkbox"/> Nussallergie <input type="checkbox"/> andere Allergien		
Essen			
Allergien			

**2.2 Eltern**

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Adresse		
PLZ / Ort		
Tel. privat		
Mail		
Arbeitgeber		
Tel. Arbeit		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> KESB <input type="checkbox"/> Parallelrecht	

**2.3 Vertrauensperson (gemäss Art. 1a Abs. 2 Bst. b. PAVO) / wichtige Bezugsperson**

	Vertrauensperson	Bezugsperson
Name		
Vorname		
Adresse		
PLZ / Ort		
Tel. privat		
Mail		

**2.4 Betreuung SPT**

Wochentag	Mittagessen	Anwesenheit, Uhrzeit angeben	
<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von	bis
<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von	bis
<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von	bis
<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von	bis
<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	von	bis

**2.5 Tarifbestimmungen**

- ▶ Die Tarife richten sich nach den Vorgaben des Kantonalen Jugendamtes, Bern.
- ▶ Absagen innert 24 Stunden vor dem bestätigten Termin werden vollumfänglich in Rechnung gestellt.
- ▶ Bei unentschuldigtem Fernbleiben des Kindes erfolgt die volle Kostenverrechnung.
- ▶ Die Kündigungsfrist beträgt 1 Monat. Eine Kündigung ist auf jedes Monatsende möglich.

**2.6 Ärzteliste (wird von der Oberlimatte ausgefüllt)**

Zahnarzt			
Tel. Zahnarzt		Mail Zahnarzt	
Frauenarzt			
Tel. F.Arzt		Mail F.Arzt	
Augenarzt			
Tel. A.Arzt		Mail A.Arzt	
Therapeut			
Tel. Therap.		Mail Therap.	

**2.7 Foto Kind / Jugendliche (wird von der Oberlimatte eingefügt)**