

## Anmeldung / Grunddatenerhebung Kinderheim

**Datum**

**erfasst von**

### Angaben zum Kind

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Geburtsdatum	Geschlecht
Heimatort	Sozialvers.-Nr
Nationalität	Konfession
Aufenthaltsstatus	geplanter Eintritt
Aufenthaltsort bisher	Gruppe
Einweisungsgrund	
Datum Eintritt	

### Behörden

Rechtsgrundlage

Übernahme der Kosten durch:

Wohnpauschale

Nebenkosten

Besondere

Verfügungen

#### Gesetzl. Vertreter

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ / Ort
Telefon (P)	E-Mail

#### Beistand

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ / Ort
Telefon (P)	E-Mail

#### Einweisende Stelle

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ / Ort
E-Mail	

#### Begleitende Stelle

Name	Strasse
Telefon (G)	PLZ / Ort
E-Mail	

## Angaben zur Familie

### Mutter

Name	Strasse	
Vorname	PLZ / Ort	
Geburtsdatum	Nationalität	
Beruf	Arbeitsort	
Telefon (P)	Telefon (G)	
E-Mail		
Kontakt zum Kind		
Sorgeberechtigter Elternteil	ja	nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht/Obhut	ja	nein

### Vater

Name	Strasse	
Vorname	PLZ / Ort	
Geburtsdatum	Nationalität	
Beruf	Arbeitsort	
Telefon (P)	Telefon (G)	
E-Mail		
Kontakt zum Kind		
Sorgeberechtigter Elternteil	ja	nein
Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht/Obhut	ja	nein

### Geschwister 1

Name	Aufenthaltsort
Vorname	Geburtsdatum
Kontakt	

### Geschwister 2

Name	Aufenthaltsort
Vorname	Geburtsdatum
Kontakt	

### Grosseltern (Eltern der Mutter)

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Kontakt	Telefon

### Grosseltern (Eltern des Vaters)

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Kontakt	Telefon

## **Umfeld**

### Weitere Personen / Stellen

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Telefon (P)	Telefon (C)
E-Mail	
Kontakt zum Kind	

### Kindergarten / Schule

Name der Schule	Lehrperson
Klasse	Telefon
E-Mail	

### Verein 1

Name	Anspr. Person
Telefon	E-Mail

### Verein 2

Name	Anspr. Person
Telefon	E-Mail

### Arzt

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail

### Zahnarzt

Name	Strasse
Vorname	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail

### Versicherungen (Kopien nicht vergessen!)

Krankenkasse	KK Police Nr.
Haftpflicht	HP Police Nr.

## **Therapien**

### Therapie 1

Name	Strasse
Telefon	PLZ / Ort
E-Mail	

### Therapie 2

Name	Strasse
Telefon	PLZ / Ort
E-Mail	

Krankheiten / Medikamente / Allergien (Anerkennung der IV?)