### Anmeldeformular für

### Pflegeeltern-Interessentinnen und -Interessenten

Vielen Dank, dass Sie dieses Anmeldeformular ausfüllen.

Name und Ortsangaben gehen auch an die zuständige kantonale Behörde.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personalien | Frau  | Mann |
| Vorname |       |       |
| Name |       |       |
| Strasse |       |
| PLZ, Wohnort |             |
| Telefon |       |       |
| Handy |       |       |
| Mailadresse |       |       |
| Geburtsdatum |       |       |
| Nationalität |       |       |
| Beruf* Erlernt
* Aktuell ausgeübt
* Arbeitgeber/in
* Pensum
 |           [ ]  angestellt [ ]  selbständig erwerbend           |           [ ]  angestellt [ ]  selbständig erwerbend           |
| ZivilstandSeit wann? |            |            |
| KonfessionGehören Sie einer Religionsgemeinschaft an? Wenn ja, welcher? |      [ ]  ja [ ]  nein      |      [ ]  ja [ ]  nein      |

|  |
| --- |
| Leibliche Kinder und Adoptivkinder  |
| Im Haushalt lebende leibliche Kinder und Adoptivkinder:Name, Geburtsdatum | Nicht im Haushalt lebende leibliche und Adoptivkinder:Name, Geburtsdatum |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Pflegekinder, die aktuell in Ihrer Familie betreut werden** |
| Name, Geburtsdatumund bitte angeben, ob Dauer-, SOS-, Wochenend-/ Ferienplatz, sowie allfällige Begleitorganisation |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| **Tageskinder, die aktuell in Ihrer Familie betreut werden** |
| Name, Geburtsdatumund bitte angeben, an wie vielen Tagen in der Woche |
|       |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| **Ehemalige Pflegekinder** |
| Name, Geburtsdatum | Dauer des Pflegeverhältnisses:Von wann bis wann? | Zuweisende Stelle und allfällige Begleitorganisation  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **Weitere Personen, die im Haushalt leben** |
| Name, Geburtsdatum | Seit wann im Haushalt lebend? | Bekanntschafts-, Verwandtschaftsgrad  |
|       |       |       |
|       |       |       |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Wohnsituation** |
|  [ ]  Wohnung [ ]  HausGrösse in m2      Anzahl Zimmer       |
| Haustiere [ ]  ja [ ]  neinWenn ja, welche       |

|  |
| --- |
| Wünsche und Vorstellungen an ein zukünftiges Pflegekind |
| In welchem Alter sollte das Pflegekind sein? Und warum? |       |
| Passt eher ein Mädchen oder ein Bube in Ihre Familie? Oder ist das Geschlecht egal? |       |
| Kultur, Religion, Hautfarbe des Pflegekindes:? |       |
| Worauf müssten wir bei einer Platzierung in Ihre Familie allenfalls achten? Machen Sie Einschränkungen? Und warum? |       |
| Sonstiges |       |
| Motivation |       |

|  |
| --- |
| **Trauen Sie sich zu, ein Kind mit folgenden Belastungen / Einschränkungen zu begleiten?**  |
| Lernbehinderung[ ]  ja [ ]  nein | körperliche Behinderung[ ]  ja [ ]  nein |
| Wahrnehmungsschwierigkeiten[ ]  ja [ ]  nein | geistige Behinderung[ ]  ja [ ]  nein |
| Chronische Krankheiten (Hepatitis C, HIV, Epilepsie, etc.)[ ]  ja [ ]  nein | Traumatisierung (Vernachlässigung, Gewalt, (sexuelle) Misshandlung)[ ]  ja [ ]  nein |
| Bemerkungen:      |

|  |
| --- |
| **Trauen Sie sich den Umgang mit einem Herkunftssystem mit folgender Problematik zu?**  |
| Sucht/ Drogen[ ]  ja [ ]  nein | Prostitution[ ]  ja [ ]  nein |
| Psychische Erkrankung[ ]  ja [ ]  nein | Geistige Behinderung[ ]  ja [ ]  nein |
| Kriminalität[ ]  ja [ ]  nein | Migrationshintergrund (Nation, Kultur, Werte)[ ]  ja [ ]  nein |
| Bemerkungen:      |

|  |
| --- |
| **Haben Sie Erfahrung mit der Betreuung von Kindern ausserhalb Ihrer eigenen Familie? Wenn ja, wer und in welchem Bereich?** |
|       |

|  |
| --- |
| **Mit welchen Lebensereignissen / Themen haben Sie beruflich oder privat Erfahrung?** **Wenn ja: Wer von Ihnen und in welchem Zusammenhang?** |
| [ ]  Sucht/ Drogen |       |
| [ ]  Psychische Krankheit |       |
| [ ]  Schwere Erkrankungen chronische Krankheiten |       |
| [ ]  Sterben / Tod |       |
| [ ]  Gewalt |       |
| [ ]  Körperliche oder psychische Misshandlung |       |
| [ ]  Sexuelle Ausbeutung |       |

|  |
| --- |
| **Gesundheitliche Situation der Familie** |
| Sind Familienmitglieder in ständiger ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?[ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja: Wer ist betroffen?     Aus welchem Grund?      |
| Gibt es in der Familie besondere Krankheiten oder Behinderungen?[ ]  Ja [ ]  NeinWenn ja: Wer ist betroffen?     Welche Krankheit / Behinderung liegt vor?      |

Mit der Unterschrift bestätigen die Interessentinnen und Interessenten die Richtigkeit der Angaben. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.
Hiermit erklären sich die Unterzeichnenden einverstanden damit, dass Name und Ort an die jeweils für die Pflegekinderaufsicht zuständige kantonale Behörde weitergegeben werden können. Insbesondere wird tipiti von den Interessentinnen und Interessenten ermächtigt, die Daten weiterzuverwenden:

* zur Gesuchstellung für die behördliche Bewilligung, wenn eine Zusammenarbeit zustande kommt;
* über das Nicht-Zustandekommen einer Zusammenarbeit.

Ort, Datum: ………………………………........................................…………………….

Unterschrift: ………………………….................. Unterschrift: …………………………………………

Bitte senden Sie das Formular zusammen mit Ihren tabellarischen Lebensläufen an:

tipiti, Kompetenzzentrum für Platzierungsfragen, Patrick Horber, Zürcherstrasse 1, 9500 Wil