### Anmeldeformular für

### Interessierte Übergangspflegeeltern

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 |
| Zivilstand  Seit wann? |  |  |
| Konfession  Gehören 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, Tageskinder, die aktuell in Ihrer Familie betreut werden** |
| Name, Geburtsdatumund bitte angeben, ob Dauer-, SOS-, Wochenend-/ Ferienplatz, bei Tageskinder geben sie 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  Haus  Grösse in m2  Anzahl Zimmer |
| Haustiere  ja  nein  Wenn ja, welche |

|  |
| --- |
| **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  Nein  Wenn ja: Wer ist betroffen?    Aus welchem Grund? |
| Gibt es in der Familie besondere Krankheiten oder Behinderungen?  Ja  Nein  Wenn 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