

## Anmeldung für regelmässige Aufenthalt bei einer Kovive Kontaktfamilie

Damit wir eine geeignete Kontaktfamilie finden, ist eine rechtzeitige, wahrheitsgetreue und vollständig ausgefüllte Anmeldung nötig. Gemäss den angegebenen Informationen suchen wir eine passende Kontaktfamilie. Die schriftliche Anmeldung gilt als kostenpflichtige Zusage und generiert bei Stellung einer passenden Kontaktfamilie eine Vermittlungsgebühr in der Höhe von CHF 300.-. Bei Widerruf einer verbindlichen Anmeldung werden 100% der Kosten in Rechnung gestellt.

### Betreuungsschlüssel

Kontaktfamilienaufenthalt von/bis \_\_\_\_\_  
Liegt eine zivilrechtliche Massnahme vor ja nein Welche \_\_\_\_\_ (Ernennungsurkunde beilegen)  
Platzierungsgrund \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geschlecht w m Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Kanton \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_  
Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ In der Schweiz seit \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_  
Geschwister \_\_\_\_\_  
Charaktereigenschaften \_\_\_\_\_  
Hobbies und Interessen \_\_\_\_\_  
Schule / Klasse \_\_\_\_\_  
Essgewohnheiten \_\_\_\_\_

### Angaben zur Ausgangssituation des Kindes

Angaben zur Situation

Wünsche des Kindes betreffend Aufenthalt

War ihr Kind schön längere Zeit von zu Hause fort

Worauf muss besonders geachtet werden

Welche Schwierigkeiten könnten auftreten

### Versicherungen

Die Versicherungen (Krankheit / Unfall / Haftpflicht) sind Sache des/der Erziehungsberechtigten.

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Unfallversicherung \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_ Police-Nr. \_\_\_\_\_

### Medizinisches

Ihr Kind hat folgende Krankheit  
oder Allergien / Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Braucht Ihr Kind Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Einnahmевorschriften?  
(geben Sie bitte eine kurze Beschreibung mit) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Die Medikamente werden anhand der angegebenen Einnahmевorschriften dem Kind durch die Betreuenden abgegeben.**

Letzte Starrkrampfimpfung \_\_\_\_\_

## Angaben zu den Eltern / gesetzliche Vertretung

<input type="checkbox"/> Elternteil 1	<input type="checkbox"/> gesetzliche Vertretung	<input type="checkbox"/> Elternteil 2	
Name	_____	Name	_____
Vorname	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsdatum	_____
Nationalität	_____	Nationalität	_____
Muttersprache	_____	Muttersprache	_____
Konfession	_____	Konfession	_____
Zivilstand	_____	Zivilstand	_____
Strasse	_____	Strasse	_____
PLZ / Ort	_____	PLZ / Ort	_____
Telefon	_____	Telefon	_____
Mobiltelefon	_____	Mobiltelefon	_____
E-Mail	_____	E-Mail	_____
Beruf	_____	Beruf	_____
Inhaber_in Vom Aufenthaltsbestimmungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Inhaber_in vom Aufenthaltsbestimmungsrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Inhaber_in der elterlichen Sorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Inhaber_in der elterlichen Sorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind beide Elternteile über die Anmeldung informiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bei Ein-Elternfamilie: Besteht ein Kontakt zum anderen Elternteil?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Was muss dabei geachtet werden?	_____		

## Notfallkontakt

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

## Angaben zur zuweisenden Stelle (wenn vorhanden)

Institution \_\_\_\_\_

Strasse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Funktion \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

Zuständigkeiten \_\_\_\_\_

Ist bereits eine Kostengutsprache für die Vermittlungsgebühr sowie die anfallenden Betreuungstarife vorhanden?

ja  nein

## Rechnungsadresse

Institution \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

*Die zuweisende Stelle bestätigt entsprechend den Anforderungen der PAVO für Pflegefamilien- und Heimeinweisungen, dass das Kind vor der Aufnahme über seine Rechte informiert ist und in den Platzierungs- und Meinungsbildungsprozess miteinbezogen wurde oder wird.*

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu angegeben worden sind und, dass alle relevanten Informationen an die Partnerfamilie weitergegeben werden dürfen. Ebenso stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift zu, mit unseren Bedingungen aus dem Kontaktfamilienkonzept einverstanden zu sein.

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten**

**Anmeldetalon senden an:**

Schweizer Kinderhilfswerk Kovive, Unterlachenstrasse 12, 6005 Luzern