

☐ GWG ☐ HGW

Eintrittsdatum: _____

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Geb.ort: _____

Heimatort/Land: _____

Wenn Ausländerin: Ausländerausweis Kategorie: _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz:

Strasse: _____

PLZ/Wohnort: _____

AHV-Nr. _____

Konfession: _____

Vormundschaftliche Massnahmen _____



Personalien Vater

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Zivilstand. _____

Adresse. _____

Wohnort: _____

Tel. P: _____

Tel. Mobil: _____

Tel. G: _____

Beruf. _____

E-Mail: _____

Personalien Mutter

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Zivilstand. _____

Adresse. _____

Wohnort: _____

Tel. P: _____

Tel. Mobil: _____

Tel. G: _____

Beruf. _____

E-Mail: _____

Geschwister

Name: _____ Geb.datum: _____

Name: _____ Geb.datum: _____

Name: _____ Geb.datum: _____

Inhaber/in der elterlichen Sorge:

Name(n): _____

Versicherungen

Krankenkasse: _____ Karten-Nr. 807 _____

Krankenkassenmodell: _____ Mitglied-Nr. _____

Privathaftpflichtvers: _____ Police-Nr. _____

Andere Versicherungen: _____

Ausbildung

Besuchte Schulen: _____

Bisherige Arbeitsstellen/Lehr-/Anlehrstellen: _____

Bisherige Platzierungen

Frühere stationäre Aufenthalte (Zeit, Ort): _____

Rechtliche Einweisungsgrundlage

Zivilrechtliche Einweisung nach Art. 310/314b ZGB

Strafrechtliche Einweisung nach Art. 5 JStG

Strafrechtliche Einweisung nach Art. 15 JStG

Einweisende Behörde

Adresse: _____

Zuständige Kontaktperson: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Einweisung nach JStG/ZGB Art: _____

Für die Betreuung zuständige Behörde

Adresse: _____

Zuständige Kontaktperson: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Kostengutsprechende Stelle für den Aufenthalt

Adresse: _____

Zuständige Kontaktperson: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Kontaktpersonen

Zu welchen Personen darf die Jugendliche Kontakte pflegen:

Zu welchen Personen soll der Kontakt ausdrücklich unterbunden werden:

Suchtmittel

Welche Suchtmittel konsumiert/hat die Jugendliche bereits konsumiert: _____

Gesundheitliche Situation

Bestehen gesundheitliche Probleme: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche: _____

Suizidgefahr

Muss die Jugendliche als selbstgefährdend eingeschätzt werden? _____

Gewalt

Wurde die Jugendliche bisher gewalttätig? _____

Wenn ja, in welcher Form: _____

Gutachten

Wurde die Jugendliche begutachtet? _____

Wenn ja, wann, wo, durch wen? _____

Sonstige Auffälligkeiten _____

Einweisungsgründe: _____

Auftrag: _____

Kostengutsprache

Die Rechnungsstellung erfolgt gestützt auf unser Merkblatt „Aufnahmevoraussetzungen und Aufenthaltskosten“ gemäss Ihren oben aufgeführten Angaben.

Das Kant. Jugendheim Lory ist von der Interkantonalen Vereinbarung für Soziale Einrichtungen IVSE anerkannt. Die Verrechnung erfolgt nach Methode D (Restdefizitdeckung).

Für ausserkantonale Jugendliche stellt das Jugendheim Lory der leistungspflichtigen Stelle das Gesuch für Kostenübernahmegarantie (KÜG) via Verbindungsstelle des Kantons Bern.

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift: _____