

Die **FACHSTELLE** für
das **PFLEGEKIND** im
Kanton **AARGAU**

Anmeldeformular Pflegefamilienaufenthalt

(Version 12/2024)

Besten Dank für Ihre Anmeldung. Wir bitten Sie das Formular vollständig auszufüllen und es uns anschliessend an die entsprechende Mailadresse zu retournieren. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ursula Heimgartner
Sarah Bachmann
Karen Graf
Sandra Maurer
Barbara Thöni

Tel. 056 210 35 92
Tel. 056 210 35 91
Tel. 077 480 19 98
Tel. 056 210 30 11
Tel. 077 510 04 81

E-Mail: ursula.heimgartner@pflegekind-ag.ch
E-Mail: sarah.bachmann@pflegekind-ag.ch
E-Mail: karen.graf@pflegekind-ag.ch
E-Mail: sandra.maurer@pflegekind-ag.ch
E-Mail: barbara.thoeni@pflegekind-ag.ch

Zuweisende Instanz			
Familiengericht/ KESB			
Vertreten durch			
Strasse/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon		Mobile	
E-Mail			

Kind			
AHV-Nummer			
Vorname		Name	
Geburtsdatum		Nationalität	
Geschlecht		Konfession	
Strasse/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon		E-Mail	
Schule			

Mutter		Vater	
Vorname		Vorname	
Name		Name	
Strasse/Nr.		Strasse/Nr.	
PLZ/Ort		PLZ/Ort	

Geburtsdatum		Geburtsdatum	
Nationalität		Nationalität	
Zivilstand		Zivilstand	
Konfession		Konfession	
Beruf		Beruf	
Telefon		Telefon	
Mobile		Mobile	
E-Mail		E-Mail	

Geschwister			
Vorname	Name	Jahrgang	Geschlecht (m/w)

Nahe Bezugsperson / Person des Vertrauens			
Vorname	Name	In Beziehung	Telefon

Gesetzliche Grundlage			
Massnahme		Artikel	
Elterliche Sorge		Aufenthalts- bestimmungsrecht	
Mandatsträger*in			

Kostenträger / Rechnungsadresse			
Behörde	Institution	Abteilung	Vorname/Name
Strasse/Nr.		PLZ/Ort	

Allgemeinde Fragen	
Zuhause gesprochene Sprache	
Sind die Eltern IV-Bezüger?	
Läuft eine IV-Massnahme für das Kind?	
Welche Stellen sind involviert?	
Braucht das Kind spezielle medizinische Massnahmen? Allergien?	
Braucht das Kind spezielle psychiatrische Massnahmen/Therapien?	
Sozialtherapeutische Massnahmen?	

Vormund/Vormundin bzw. Beistand/Beiständin			
Funktion	<input type="checkbox"/> Vormund/Vormundin	<input type="checkbox"/> Beistand/Beiständin	
Vorname		Name	
Strasse/Nr.		PLZ/Ort	
Telefon		E-Mail	
Bitte stellen Sie uns Ihre Erkennungsurkunde zu. Besten Dank.			

Datum Eintritt

Gewünschter Aufenthalt

- ☐ Übergangs-/Notfallaufenthalt (SOS)
☐ Daueraufenthalt
☐ Wochenend-/Ferienaufenthalt

Bemerkungen

Ort, Datum

Vorname Name (zuweisende Stelle)