P L A T Z I E R U N G S V E R T R A G

LeistungsempfängerIn

|  |
| --- |
| **Name, Vorname** des Kindes: X |
| **Wohnadresse:** X | **PLZ, Ort:** X |
| **Geburtsdatum:** X | **Geschlecht:** [ ]  M [ ]  W |
| **Heimatort:** X | **Nationalität:** X |
| **Eintrittsdatum:** X | **Sozialvers. - Nr. 756.** X |
| **Krankenkasse:** X | **Haftpflichtversicherung:** X |

**Leistungsbeschreibung**

|  |
| --- |
| [ ]  **Internat, Besuch der internen besonderen Volksschule** [ ]  **BKD Verfügung SAV** |
| [ ]  **Internat, Besuch der öffentlichen Volksschule**  |

|  |
| --- |
| **Platzierungsabsicht / Zielsetzung** X |
| **Erstmalige** Überprüfung Platzierungsziel nach 3 Monaten (Auswertung Probezeit) |

Eltern

|  |  |
| --- | --- |
| **Mutter** | **Vater** |
| Name, Vorname: X | Name, Vorname: X |
| Strasse: X | Strasse: X |
| PLZ, Ort: X | PLZ, Ort: X |
| Telefon P: X | Telefon P: X |
| Telefon G: X | Telefon G: X |
| Mobile: X | Mobile: X |
| E-Mail: X | E-Mail: X |
| Geburtsdatum: X | Geburtsdatum: X |
| Bemerkungen: X | Bemerkungen: X |

**Begleit- / Kindesschutzmassnahme**

Elterliche Sorge [ ]  Gemeinsam [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  keine

Obhut [ ]  Gemeinsam [ ]  alternierend

 [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  keine elterliche Obhut

Entzug Aufenthaltsbestimmungsrecht [ ]  Nein [ ]  Ja

 Bei gemeinsamer elterlicher Sorge

 [ ]  Gegenüber beiden Elternteilen

 [ ]  Gegenüber Mutter

 [ ]  Gegenüber Vater

Bemerkungen X

LeistungsbestellerIn

|  |  |
| --- | --- |
| Behördenstelle: X | Telefon: X |
| Name, Vorname: X | Telefon direkt: X |
| Strasse: X | Fax: X |
| Zusatz: X | Mobile: X |
| PLZ, Ort: X | E-Mail: X |
| [ ]  Begleitung freiwillig | [ ]  Beistandschaft gem. Art.: X |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nebenkosten** gehen zu Lasten von:[ ]  Sozialdienst[ ]  Eltern [ ]  Mutter [ ]  Vater | Stempel und Unterschrift Leistungs-bestellerIn:  |

Rechnungsstellung der Nebenkosten gemäss:

[ ]  Reglement Kostgeldregelung Tabor [ ]  Andre, nämlich: X

Ohne anderslautende Mitteilung der LeistungsbestellerIn gilt grundsätzlich das aktuelle Reglement Kostgeldregelung Tabor.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kleideranschaffung durch:****Max. Betrag pro Monat:** | [ ]  Eltern [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  Institution[ ]  gem. Kostgeldreglement Tabor oder Fr. X / Monat |
| **Taschengeld** wird ausbezahlt durch:  | [ ]  Eltern [ ]  Mutter [ ]  Vater [ ]  Institution |
| **Arzt- und Zahnarztrechnungen** werden von den Leistungserbringern direkt an die Person mit der elterlichen Sorge / Nebenkostenverantwortung geschickt.Sollen die Rechnungen vorab zur Leistungsbestellerin/Beistandschaft: [ ]  JA [ ]  NEIN |

|  |
| --- |
| Allgemeine Vertragsregelungen* Für Kinder und Jugendliche mit Wohnsitz im Kanton Bern ist in jedem Fall der durch das kant. Jugendamt KJA genehmigte Antrag auf Kostengutsprache erforderlich (inkl. Klärung, zu wessen Lasten die Nebenkosten gehen).
* Kinder und Jugendliche mit Wohnsitz im Kanton Bern, welche die interne besondere Volksschule besuchen, benötigen eine Verfügung der BKD, begründet durch die Abklärungen der Erziehungsberatung EB gemäss SAV (standardisiertes Abklärungsverfahren)
* Für Kinder und Jugendliche mit einer Platzierungsverfügung der KESB wird zusätzlich eine Kostengutsprache der zuständigen KESB benötigt (wird vom Heim beantragt).
* Für Kinder und Jugendliche mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Bern wird zusätzlich eine Kostenübernahmegarantie (KÜG) benötigt (wird vom Heim beantragt).
* Kostgeldreglement, Jahresplanung/Ferienplan der Kinderheimat Tabor, Reglement Eltern- & Zuweiserinfos, die Kleiderliste und die Anmeldung sind integrierende Bestandteile des Platzierungsvertrags. Diese Dokumente werden vor dem Eintritt abgegeben oder können im Sekretariat angefordert werden.
* Entwicklungsfortschritte, Zielerreichung und Platzierungsdauer hängen von verschiedenen Faktoren ab. Erfahrungsgemäss dauern Platzierungen jedoch mindestens zwei Jahre, mehrheitlich länger. Die Platzierungsgrundlage wird aufgrund der Zielerreichung mittels Standortbestimmung (1 x jährlich) geklärt.
* Grundlage für die Verrechnung der Nebenkosten ist das jeweils aktuelle Reglement Nebenkosten, das jährlich angepasst wird.
* Der Betreuungsumfang der Institution richtet sich nach der Jahresplanung Schulheim. Mehrbetreuung wird gemäss Reglement Nebenkosten verrechnet. (Keine 365-Tag Betreuung)
* Der Vertrag kann ordentlich durch schriftliche Kündigung unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten durch die Unterzeichnenden auf ein Monatsende gekündigt werden. Kürzere Auflösungszeiten sind nur bei ganz gewichtigen Gründen (insbesondere bei einer Gefährdung des Kindes oder Dritten) oder in gegenseitiger Absprache möglich.
* Kranken-, Unfall- und Privat-Haftpflichtversicherung des Kindes ist Sache der Eltern / zuweisenden Behörde.
* Bei Verdacht auf Missbrauch von Handys, MP3-Player, Foto- oder Videokameras, Laptops, Tablets und anderen Multimediageräten, insbesondere mit Gewalt verherrlichendem, pornographischem oder rassistischem Datenmaterial, behält sich die Kinderheimat Tabor vor, die Geräte der betreffenden Kinder einzuziehen und zu kontrollieren. Je nach Situation wird das betreffende Material der Polizei übergeben.
* Das kant. Jugendamt KJA berechnet die allfällige Kostenbeteiligung für die stationäre Unterbringung in der Institution und / oder ambulante KFSG-Leistungen direkt mit den Unterhaltspflichtigen. Informationen und Berechnungsvorlage dazu finden Sie auf der Website des KJA: https://www.kja.dij.be.ch/de/start/foerder--und-schutzleistungen/berechnung-der-kostenbeteiligung-unterhaltspflichtige.html
 |

**Erforderliche Formulare für die Platzierung**(Durch Eltern/Leistungsbesteller auszufüllen resp. zu Verlangen)

[ ]  Ausgefülltes und unterzeichnetes Anmeldeformular
 (Download unter: www.kinderheimat-tabor.ch / Dokumente

[ ]  Antrag auf Kostengutsprache für die stationäre Unterbringung und / oder ambulante KFSG-Leistung (Download unter: https://www.kja.dij.be.ch/de/start/foerder--und- schutzleistungen/vorfinanzierung-von-einvernehmlich-vereinbarten-leistungen-und- ausnahmeregelung.html)

[ ]  Abklärung EB /SAV) ist beantragt resp. erfolgt (falls Besuch in der internen besonderen Volksschule erfolgt)

[ ]  Ausgefüllte Vollmacht für den Arzt- / Spitalbesuch und Bewilligung zur Akteneinsicht
(separates Blatt zum Platzierungsvertrag)

|  |
| --- |
| **Zustimmungen: Die unterzeichnende Person ist damit einverstanden, dass:** |
| **Fotos** von ihrem Kind bzw. ihren Kindern in unseren heimeigenen Publikationen veröffentlicht werden können (Website, Taborzytig, Kalender uam) | [ ]  JA [ ]  NEIN Unterschrift |
| ihr Kind bzw. ihre Kinder gegen **Zeckenbisse** geimpft wird (empfohlen)Das Kind ist bereits geimpft | [ ]  JA [ ]  NEIN [ ]  JA [ ]  NEIN |
| Die Einweisenden bestätigen, dass die Institution über alle für die Betreuung und Begleitung des Kindes notwendigen und wichtigen Ereignisse und Daten informiert sind.  | Unterschrift:  |

Weitere Bemerkungen / Hinweise: X

Die Unterzeichnenden haben folgende Unterlagen erhalten und anerkennen diese:

[ ]  Kostgeldreglement [ ]  Jahresplanung Schulheim [ ]  Reglement Eltern & Zuweiserinfos

[ ]  Kleiderliste [ ]  X

**Gesetzliche Vertretung/en**

Ort, Datum X Unterschrift

**Zuweisende Stelle / LeistungsbestellerIn**

Ort, Datum X Stempel und Unterschrift



**Vollmacht für den Arzt- / Spitalbesuch und Bewilligung zur Akteneinsicht und Fachaustausch**

**Vollmachtgeber:**

Name: X Adresse: X

**Für das Kind:**

Name: X Geburtsdatum: X

[ ]  Die Vollmacht ist während der ganzen Platzierungsdauer gültig

[ ]  Die Vollmacht ist gültig vom X bis X

und kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**Bitte ankreuzen, welche Vollmachten gewährt werden**

**Die Kinderheimat Tabor darf mein Kind zum Arzt / Spital begleiten:**

[ ]  einmalig am (Datum) X

[ ]  in allen geplanten Fällen [ ]  in dringenden Fällen

**Die Vollmacht berechtigt zu:**

[ ]  Entscheidungen treffen zu notwendigen Untersuchungen

[ ]  Impfungen bei Notwendigkeit zuzustimmen

[ ]  Zustimmung zu dringenden Operationen zu geben

[ ]  Entgegennahme von medizinischen Informationen

[ ]  (sonstige Befugnisse) X

**Die Kinderheimat bekommt die Bewilligung zur Akteneinsicht und Fachaustausch mit bisherigen Förderangeboten, Abklärungsstellen, Ärzten, Therapeuten usw:**

[ ]  JA, Generell

[ ]  Begrenzt für: X

[ ]  NEIN, bei Nein bitte im Detail begründen X

Ort und Datum: X

Unterschrift Vollmachtgeber: