



## Eltern Kind Projekt Chance

### Betreuungsheft

für Herrn/Frau ....., geboren am .....

| Inhalt   | Seite | Bearbeiter  | Erhebungszeitpunkt:                            |
|--|-------|---|--|
| Teil 1:<br>Grunddaten                                      | 2     | Fachkraft Sozialdienst im Vollzug/Koordinator/Fallmanager | Bei Bekanntwerden                              |
| Teil 2:<br>Anamnese und Hilfeplanung                       | 8     | Fallmanager   | Bei Betreuungsbeginn und während der Betreuung |
| Teil 3<br>Betreuungsabschluss und durchgeführte Maßnahmen: | 18    | Fallmanager   | Während bzw. am Ende der Betreuung             |
| Teil 4:<br>Anhang:   | 19    | Fallmanager/ Koordinatoren                                | Vor / zu Beginn / bei Beendigung der Betreuung |

Die **rot** markierten Abschnitte müssen bearbeitet werden.

Die **grün** markierten Abschnitte sind Arbeitshilfen, die Sie nicht nutzen müssen.

## Teil 1: Grunddaten

### Teil 1: Adressdaten

Registrierungsnummer \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(wird von Herrn Kunze vergeben)

#### Adresse der Klienten (jeweils aktueller Stand!)

Anschrift (ggf. auch ohne festen Wohnsitz):

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Telefon Handy \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorge-  
recht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Telefon Handy \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorge-  
recht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Telefon Handy \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorge-  
recht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Telefon Handy \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorge-  
recht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Bei Bedarf kann diese Seite beliebig oft kopiert und das Betreuungsheft erweitert werden.  
Das Sorgerecht wird unter den „Grunddaten“ (S. 6 ff) eingetragen.

## Teil 1: Grunddaten

### Adressänderungen

neu ab \_\_\_\_\_:

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Telefon Handy \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorgerecht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Telefon Handy \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorgerecht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Telefon Handy \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorgerecht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

c/o/(ggf. JVA) \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  Kind  (Bitte ankreuzen)

Andere Bezugsperson (z.B. Oma mit Sorgerecht): \_\_\_\_\_

Hausnummer \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

## Teil 1: Grunddaten

Telefon Handy \_\_\_\_\_

---

### Grunddaten inhaftierter Partner

(Bearbeiter: Fachkraft Sozialdienst im Vollzug oder Koordinator)

Registrierungsnummer \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(wird von Herrn Kunze vergeben)

Datum \_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| 1. Name der Justizvollzugsanstalt:            |  |
| 2. Name des/der Sozialarbeiters(in):          |  |
| 3. Telefondurchwahl:                          |  |
| 4. Name des/der zuständigen Koordinators(in): |  |
| 5. Telefondurchwahl:                          |  |
| 6. Alle Vornamen des <b>Inhaftierten</b> :    |  |
| 7. Familienname des Inhaftierten:             |  |
| 8. Geburtsname des Inhaftierten:              |  |
| 9. Geburtsdatum des Inhaftierten:             |  |
| 10. Geburtsort des Inhaftierten               |  |
| 11. Staatsangehörigkeit des Inhaftierten      |  |
| 12. Datum der Inhaftierung                    |  |
| 13. voraussichtliches Datum der Entlassung    |  |
| 14. zuständiges <b>Gericht</b>                |  |

## Teil 1: Grunddaten

|  |  |
|--|--|
| 15. Aktenzeichen des Gerichts  |  |
| 16. Tatvorwurf (hier ist insbesondere wichtig, ob Straftaten gegenüber dem Kind begangen wurden) |  |

## Teil 1: Grunddaten

### Grunddaten Partner (in Freiheit lebend)

(Bearbeiter: Fallmanager)

|   |
|---|
| 17. Name der Betreuungseinrichtung                  |
| 18. Name des/der Sozialarbeiters(in):               |
| 19. Telefondurchwahl:                               |
| 20. Alle Vornamen des <b>Klienten</b> :             |
| 21. Familienname des Klienten:                      |
| 22. Geburtsname des Klienten:                       |
| 23. Geburtsdatum des Klienten:                      |
| 24. Geburtsort des Klienten:                        |
| 25. Beruf / Tätigkeit des Klienten:                 |
| 26. Arbeitgeber des Klienten:                       |
| 27. Alle Vornamen des <b>Kindes 1</b> der Klienten: |
| 28. Familienname des Kindes 1 der Klienten:         |
| 29. Geburtsdatum des Kindes 1 der Klienten:         |
| 30. Geburtsort des Kindes 1 der Klienten:           |
| 31. Tätigkeit des Kindes 1 der Klienten:            |

## Teil 1: Grunddaten

|  |
|--|
| 32. Anschrift Kindergarten/Schule/Arbeitgeber des Kindes 1 der Klienten: |
| 33. Wer hat das Sorgerecht für dieses Kind?                              |
| 34. Alle Vornamen des <b>Kindes 2</b> der Klienten:                      |
| 35. Familienname des Kindes 2 der Klienten:                              |
| 36. Geburtsdatum des Kindes 2 der Klienten:                              |
| 37. Geburtsort des Kindes 2 der Klienten:                                |
| 38. Tätigkeit des Kindes 2 der Klienten:                                 |
| 39. Anschrift Kindergarten/Schule/Arbeitgeber des Kindes 2 der Klienten: |
| 40. Wer hat das Sorgerecht für dieses Kind?                              |
| 41. Alle Vornamen des <b>Kindes 3</b> der Klienten:                      |
| 42. Familienname des Kindes 3 der Klienten:                              |
| 43. Geburtsdatum des Kindes 3 der Klienten:                              |
| 44. Geburtsort des Kindes 3 der Klienten:                                |
| 45. Tätigkeit des Kindes 3 der Klienten:                                 |
| 46. Anschrift Kindergarten/Schule/Arbeitgeber des Kindes 3 der Klienten: |
| 47. Wer hat das Sorgerecht für dieses Kind?                              |

## Teil 1: Grunddaten

Bei Bedarf (z.B. mehrere Kinder, mehrere Zuständigkeiten) kann diese Seite je Kind kopiert und das Betreuungsheft erweitert werden.

|  |  |
|--|--|
| 48. Zuständiges <b>Jugendamt</b>                       |  |
| 49. Name des Mitarbeiters                              |  |
| 50. Telefondurchwahl                                   |  |
| 51. Weitere <b>Betreuungseinrichtung</b>               |  |
| 52. Name des Mitarbeiters                              |  |
| 53. Telefondurchwahl                                   |  |
| 54. Zuständige/s <b>Jobcenter / Agentur für Arbeit</b> |  |
| 55. Name des Mitarbeiters                              |  |
| 56. Telefondurchwahl                                   |  |
| <b>57. Wichtige Bezugspersonen</b>                     |  |
| 58. Name   |  |
| 59. Straße   |  |
| 60. Postleitzahl und Ort                               |  |
| 61. Telefondurchwahl                                   |  |
| <b>62. Vermittelnde Stelle</b>                         |  |
| 63. Name des Mitarbeiters                              |  |
| 64. Straße   |  |
| 65. Postleitzahl und Ort                               |  |
| 66. Telefondurchwahl                                   |  |



## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

### Gesprächsleitfaden

Gespräch wurde durchgeführt mit:  Mutter  
 Vater  
 andere Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Migrationshintergrund:  ja  
 nein

Nationalität: \_\_\_\_\_

Sprachlich bedingte Verständigungsprobleme:

ja  
 nein

Aufenthaltsstatus der Mutter: \_\_\_\_\_  
des Vaters: \_\_\_\_\_  
der Kinder/des Kindes: \_\_\_\_\_

#### 2.1 Allgemeines/Situation der Familie

Alter des Interviewten:

Höchster allgemein bildender Schulabschluss:  keinen Abschluss  
 Förderschulabschluss  
 Hauptschulabschluss  
 Realschulabschluss  
 Fachhochschulreife  
 Abitur

Beruflicher Ausbildungsabschluss:  Keinen beruflichen Abschluss  
 Ausbildung  
 Hochschulabschluss  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

Inhaftierung:  Mutter  
 Vater  
Inhaftiert seit: \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Entlassung: \_\_\_\_\_

Anzahl der Kinder die durch Inhaftierung betroffen sind: \_\_\_\_\_

Alter der Kinder: \_\_\_\_\_

Wo leben die Kinder/ von wem werden Sie betreut? \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Betreuungspersonen?  ja wer? \_\_\_\_\_  
 nein

## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

Wie häufig besteht ein Kontakt der Kinder zum inhaftierten Elternteil?

---

Wenn kein Kontakt, welche Gründe gibt es hier für:

---

---

---

Beschreibung der **Wohnsituation** (ausreichend Platz für die Familie, Kind hat eigenes Zimmer, Zustand der Räume/des Mobiliars):

Einschätzung der **finanziellen** Situation:

Einschätzung der **sozialen** Situation (Unterstützung durch andere , Familienmitglieder, Bekannte und Freunde?):

Einschätzung der **Integration** der Familie am Heimatort (gute Kontakte, soziale Unterstützung, gute Sprachkontakte):

**Beschreibung der familiären Atmosphäre:**

## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

### Derzeitiger Kontakt mit Anlaufstellen/Hilfsangeboten:

- Nein  
 Ja:

|   | Sind sie mit den dort angebotenen Hilfen zufrieden? |      |
|---|---|------|
|   | Ja  | Nein |
| <input type="checkbox"/> Frauenarzt/-ärztin                           |   |      |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt                                   |   |      |
| <input type="checkbox"/> Psychiater/-in, Psychotherapeut/-in          |   |      |
| <input type="checkbox"/> Drogenberatung                               |   |      |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung                                |   |      |
| <input type="checkbox"/> Kindertagesbetreuung                         |   |      |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe             |   |      |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt                                    |   |      |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsbeistand/Betreuungshelfer          |   |      |
| <input type="checkbox"/> Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung |   |      |
| <input type="checkbox"/> Soziale Gruppenarbeit                        |   |      |
| <input type="checkbox"/> Familien- und Erziehungsberatung             |   |      |
| <input type="checkbox"/> Familienbildungsstätte                       |   |      |
| <input type="checkbox"/> Elterntreff                                  |   |      |
| <input type="checkbox"/> Eltern-Kind-Gruppe                           |   |      |
| <input type="checkbox"/> Jugendtreff                                  |   |      |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                                   |   |      |

### 2.2 Merkmale der Kinder/der Eltern

Zeigt das Kind (bzw. die Kinder) Auffälligkeiten (z.B. Schwierigkeiten in Beziehungen, aufsässiges Verhalten, ADHS, Drogenkonsum o.ä.)?  ja

nein

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

Stärke der dadurch entstehenden Belastung: Gar nicht      sehr stark

Welches Kind ist davon betroffen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat ihr Kind (bzw. ihre Kinder) eine chronische Erkrankung, eine Behinderung oder sonstige Beeinträchtigungen?

ja

nein

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

Welches Kind ist davon betroffen? \_\_\_\_\_

## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

Stärke der dadurch entstehenden Belastung: Gar nicht      sehr stark  
Sind beim Kind/den Kindern Entwicklungsbeeinträchtigungen (Schwierigkeiten beim Lernen, Sprechschwierigkeiten o.ä.) bekannt?  ja

nein

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

Welche Kinder sind davon betroffen?

---

---

Stärke der dadurch entstehenden Belastung: Gar nicht      sehr stark

Besucht das Kind / Besuchen die Kinder die Schule regelmäßig?  ja

nein

Welche Kinder/ welches Kind besuchen /besucht die Schule nicht?

Gründe hierfür: \_\_\_\_\_

---

Besucht das Kind/ die Kinder eine Ganztageschule?  ja

Nicht alle Kinder, nur:

\_\_\_\_\_

nein

Hat das Kind/ Haben die Kinder häufige Betreuungswechsel erlebt?  ja

nein

Wenn ja, Beschreibung:

Gibt es gesundheitliche Probleme auf Seiten der Eltern/der Bezugsperson? (psychiatrische Erkrankungen, chronische Erkrankungen, Behinderungen etc.?)  ja

nein

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

Wie stark ist die Familie dadurch belastet? Gar nicht      sehr stark

## **Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung**

Einschätzung der Belastungen der Familie (z.B. auch kognitive Einschränkungen)

Einschätzung der Ressourcen der Familie ( z.B. Alltagsstruktur etc.)

Weitere Anmerkungen/Besonderheiten in der Familie:

## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

### 2.3. Hilfebedarf und Hilfeplanung (von Mitarbeiter zu beantworten)

Sollte sich die Hilfeplanung und –Durchführung nur auf einzelne Familienmitglieder beziehen, können sie dies in den einzelnen Abschnitten anmerken!

| Bereich                            | Notwendige Maßnahmen/<br>Vermittlungen   | Durchgeführte Maßnahmen/<br>Vermittlungen   |
|------------------------------------|--|---|
| <b>Wohnung:</b>                    | <input type="checkbox"/> Sicherung der Wohnung<br><br>Wohnungssuche:<br><input type="checkbox"/> neue eigene Wohnung<br><input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen: ...  | <input type="checkbox"/> Sicherung der Wohnung<br><br>Wohnungssuche:<br><input type="checkbox"/> neue eigene Wohnung<br><input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft<br><input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen: ...   |
| <b>Finanzen/ Umgang mit Ämtern</b> | <input type="checkbox"/> Beantragung von Arbeitslosengeld<br><input type="checkbox"/> Beantragung von Sozialhilfe<br><input type="checkbox"/> Beantragung von Elterngeld/-zeit<br><input type="checkbox"/> Unterhalt/Vaterschaftsfeststellung<br><input type="checkbox"/> Gutscheine für die Eltern<br><input type="checkbox"/> Beantragung von Kindergeld<br><input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen<br><input type="checkbox"/> Eröffnung eines Girokontos<br><input type="checkbox"/> Schuldenberatung<br><input type="checkbox"/> Schuldentilgung<br><input type="checkbox"/> Krankenversicherung<br><input type="checkbox"/> sonstige Versicherungen (Privathaftpflicht)<br><input type="checkbox"/> Beantragung von erzieherischen Hilfen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte nennen): ... | <input type="checkbox"/> Beantragung von Arbeitslosengeld<br><input type="checkbox"/> Beantragung von Sozialhilfe<br><input type="checkbox"/> Beantragung von Elterngeld/Elternzeit<br><input type="checkbox"/> Unterhalt/Vaterschaftsfeststellung<br><input type="checkbox"/> Gutscheine für die Eltern<br><input type="checkbox"/> Beantragung von Kindergeld<br><input type="checkbox"/> Unterhaltszahlungen<br><input type="checkbox"/> Eröffnung eines Girokontos<br><input type="checkbox"/> Schuldenberatung<br><input type="checkbox"/> Schuldentilgung<br><input type="checkbox"/> Krankenversicherung<br><input type="checkbox"/> sonstige Versicherungen (Privathaftpflicht)<br><input type="checkbox"/> Beantragung von erzieherischen Hilfen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte nennen): ... |

## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

| Bereich  | Notwendige Maßnahmen/<br>Vermittlungen   | Durchgeführte Maßnahmen/<br>Vermittlungen  |
|--|--|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Kinder-<br/>betreuung</b></p>                              | <input type="checkbox"/> Kindergarten<br><input type="checkbox"/> Hortplatz<br><input type="checkbox"/> Ganztageschule<br><input type="checkbox"/> Tagespflege<br><input type="checkbox"/> Verwandte<br><input type="checkbox"/> Freunde<br><input type="checkbox"/> Hausaufgabenhilfe<br><input type="checkbox"/> Spielgruppe<br><input type="checkbox"/> Babysitterdienst<br><input type="checkbox"/> Ferienbetreuung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ...                                | <input type="checkbox"/> Kindergarten<br><input type="checkbox"/> Hortplatz<br><input type="checkbox"/> Ganztageschule<br><input type="checkbox"/> Tagespflege<br><input type="checkbox"/> Verwandte<br><input type="checkbox"/> Freunde<br><input type="checkbox"/> Hausaufgabenhilfe<br><input type="checkbox"/> Spielgruppe<br><input type="checkbox"/> Babysitterdienst<br><input type="checkbox"/> Ferienbetreuung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ...                                |
| <p style="text-align: center;"><b>Fachliche Hilfen<br/>für die Kinder-<br/>erziehung</b></p> | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Psychologische Beratungsstelle<br><input type="checkbox"/> Elternberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Kinderarzt<br><input type="checkbox"/> Hausarzt<br><input type="checkbox"/> Kinderschutzbund<br><input type="checkbox"/> Jugendamt / sozialpädagogische Familienhilfe<br><input type="checkbox"/> Psychiater<br><input type="checkbox"/> Jugendhilfeverein<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ... | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Psychologische Beratungsstelle<br><input type="checkbox"/> Elternberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Kinderarzt<br><input type="checkbox"/> Hausarzt<br><input type="checkbox"/> Kinderschutzbund<br><input type="checkbox"/> Jugendamt / sozialpädagogische Familienhilfe<br><input type="checkbox"/> Psychiater<br><input type="checkbox"/> Jugendhilfeverein<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ... |
| <p style="text-align: center;"><b>Sprache/ Arbeit:</b></p>                                   | <input type="checkbox"/> Sprachkurs<br><input type="checkbox"/> Weiterbildungskurs<br><input type="checkbox"/> Ausbildung<br><input type="checkbox"/> Arbeitssuche, Ziel: ...<br><input type="checkbox"/> Behörde<br><input type="checkbox"/> Sonstiges  | <input type="checkbox"/> Sprachkurs<br><input type="checkbox"/> Weiterbildungskurs<br><input type="checkbox"/> Ausbildung<br><input type="checkbox"/> Arbeitssuche, Ziel: .....<br><input type="checkbox"/> Behörde:.....<br><input type="checkbox"/> Sonstiges:.....  |

## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

| Bereich                                      | Notwendige Maßnahmen/<br>Vermittlungen   | Durchgeführte Maßnahmen/<br>Vermittlungen  |
|--|--|--|
| <b>Familienhilfe</b>                         | <input type="checkbox"/> Einzelgespräche mit<br><input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> Kinder<br><br><input type="checkbox"/> Familienberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Schwangerenberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Psychologische Beratungsstelle<br><br><input type="checkbox"/> Familienbesuche organisieren<br><input type="checkbox"/> Zuhause<br><input type="checkbox"/> im Vollzug<br><input type="checkbox"/> Familientage/Familienfreizeiten<br><br><input type="checkbox"/> Antrag auf sozialpädagogische Familienhilfe<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ... | <input type="checkbox"/> Einzelgespräche mit<br><input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> Kinder<br><br><input type="checkbox"/> Familienberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Schwangerenberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Psychologische Beratungsstelle<br><br><input type="checkbox"/> Familienbesuche organisieren<br><input type="checkbox"/> Zuhause<br><input type="checkbox"/> im Vollzug<br><input type="checkbox"/> Familientage/Familienfreizeiten<br><br><input type="checkbox"/> Antrag auf sozialpädagogische Familienhilfe<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ... |
| <b>Unterstützung bei Besuchen in Haft</b>    | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Finanzierung der Besuche<br><input type="checkbox"/> Vorbereitung der Besuche mit<br><input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> Kinder<br><input type="checkbox"/> Familienbesuche organisieren<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen:...  | <input type="checkbox"/> Hilfen zur Finanzierung der Besuche<br><input type="checkbox"/> Vorbereitung der Besuche mit<br><input type="checkbox"/> Mutter<br><input type="checkbox"/> Vater<br><input type="checkbox"/> Kinder<br><input type="checkbox"/> Familienbesuche organisieren<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen:...  |
| <b>Gesundheit des Kindes/ Bezugspersonen</b> | <input type="checkbox"/> Hausarzt<br><input type="checkbox"/> Facharzt<br><input type="checkbox"/> Hebamme<br><input type="checkbox"/> Massage/Wellness<br><input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Kuren<br><input type="checkbox"/> Kontakt zu Suchtberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Kontakt zu Selbsthilfegruppe<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ...   | <input type="checkbox"/> Hausarzt<br><input type="checkbox"/> Facharzt<br><input type="checkbox"/> Hebamme<br><input type="checkbox"/> Massage/Wellness<br><input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Kuren<br><input type="checkbox"/> Kontakt zu Suchtberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Kontakt zu Selbsthilfegruppe<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen: ...   |



## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

| Bereich                          | Notwendige Maßnahmen/<br>Vermittlungen  | Durchgeführte Maßnahmen/<br>Vermittlungen   |
|----------------------------------|---|---|
| <b>Förderung des Kindes</b>      | <input type="checkbox"/> Frühförderung<br><input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum<br><input type="checkbox"/> Gesprächsgruppe<br><input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe<br><input type="checkbox"/> Nachhilfe<br><input type="checkbox"/> Drogenberatung<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie<br><input type="checkbox"/> Entwicklungspsychologische Beratung<br><input type="checkbox"/> Ergotherapie<br><input type="checkbox"/> Logotherapie<br><input type="checkbox"/> Physiotherapie<br><input type="checkbox"/> Angebote für Eltern mit behindertem oder krankem Kind | <input type="checkbox"/> Frühförderung<br><input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum<br><input type="checkbox"/> Gesprächsgruppe<br><input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe<br><input type="checkbox"/> Nachhilfe<br><input type="checkbox"/> Drogenberatung<br><input type="checkbox"/> Psychotherapie<br><input type="checkbox"/> Entwicklungspsychologische Beratung<br><input type="checkbox"/> Ergotherapie<br><input type="checkbox"/> Logotherapie<br><input type="checkbox"/> Physiotherapie<br><input type="checkbox"/> Angebote für Eltern mit behindertem oder krankem Kind |
| <b>Freizeitgestaltung</b>        | Bitte nennen:   | Bitte nennen:   |
| <b>Ehrenamtliche Betreuung</b>   | Bitte nennen:   | Bitte nennen:   |
| <b>Rechtsberatung</b>            | <input type="checkbox"/> Kontakt zu Rechtsanwalt herstellen<br><input type="checkbox"/> Kontakt zu Familiengericht herstellen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen:   | <input type="checkbox"/> Kontakt zu Rechtsanwalt herstellen<br><input type="checkbox"/> Kontakt zu Familiengericht herstellen<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte nennen:   |
| <b>Familien-Bildungsangebote</b> | <input type="checkbox"/> Elternbildungsangebote (z.B. VHS)<br><input type="checkbox"/> Familien- und Erziehungsberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Familienzentrum<br><input type="checkbox"/> Elterntraining<br><input type="checkbox"/> Abendschule<br><input type="checkbox"/> Ernährungsberatung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges:   | <input type="checkbox"/> Elternbildungsangebote (z.B. VHS)<br><input type="checkbox"/> Familien- und Erziehungsberatungsstelle<br><input type="checkbox"/> Familienzentrum<br><input type="checkbox"/> Elterntraining<br><input type="checkbox"/> Abendschule<br><input type="checkbox"/> Ernährungsberatung<br><input type="checkbox"/> Sonstiges:   |

## Teil 2: Anamnese und Hilfeplanung

| Bereich  | Notwendige Maßnahmen/<br>Vermittlungen | Durchgeführte Maßnahmen/<br>Vermittlungen |
|--|--|---|
| <b>Maßnahmen in Haft mit inhaftierten Elternteil</b>           | Bitte nennen:                          | Bitte nennen:                             |
| <b>Sonstige Empfehlungen</b>                                   | Bitte nennen:                          | Bitte nennen:                             |
| <b>Spezifisches Angebot für (Angehörige von) Inhaftierten:</b> | Bitte nennen:                          | Bitte nennen:                             |

## Teil 3: Betreuungsabschluss und durchgeführte Maßnahmen

### Betreuungsabschluss und durchgeführte Maßnahmen

#### 3.1 Durchgeführte Maßnahmen

Für den Nachweis der durchgeführten Nachsorgemaßnahmen nutzen Sie bitte das Excelformular: „Excelformular V1.0 Endabrechnung Eltern-Kind-Projekt Chance 2011“

**Der nachfolgende Punkt 3.2 wird ebenfalls im Excelformular erfasst!**

#### 3.2 Abschluss der Betreuung

##### A) Betreuung der Familie

a1: Status des Betreuungsabschlusses (immer auszufüllen)

- Die Betreuung wurde **regulär** beendet, d.h. die Hilfeplanung wurde weitestgehend umgesetzt.
- Die Betreuung wurde von der Familie **beendet**, nachdem wesentliche Maßnahmen (z.B. materielle Grundsicherung, Besuche etc.) erreicht wurden.
- Die Betreuung wurde von der Familie **abgebrochen**, die Hilfeplanung konnte nicht umgesetzt werden.
- Die Betreuung wurde von mir **disziplinarisch**, aufgrund fehlender Mitwirkung beendet.

a2: Besondere Gründe für die Beendigung der Betreuung

- Die Betreuung wurde beendet, weil das **Kind** eine weitere Betreuung ablehnte
  - Die Betreuung wurde beendet, weil ich der Familie nicht weiterhelfen konnte, Gründe:
- 

##### B) Betreuung des/der Gefangenen

b1: Status des Betreuungsabschlusses (immer auszufüllen)

- Die Betreuung wurde **regulär** beendet, d.h. es wurden Maßnahmen in Haft durchgeführt.
- Die Betreuung wurde von der/dem Gefangenen **abgebrochen**
- Die Betreuung wurde von mir **disziplinarisch**, aufgrund fehlender Mitwirkung beendet

b2: Besondere Gründe für die Beendigung der Betreuung

- Nachdem das Kind keinen Kontakt zum inhaftierten Elternteil wollte, lehnte dieser eine weitere Betreuung ab.
  - Ich konnte der/ dem Gefangenen nicht weiterhelfen, Gründe:
-

## **Teil 4: Anhang**

**Zum Anhang des Betreuungsheftes gehören folgende Dokumente:**

- 1. Erklärung (Inhaftierter Elternteil) (Version 02.11.2011)**
- 2. Erklärung (Elternteil in Freiheit) (Version 02.11.2011)**
- 3. Datenschutzrechtliche Erklärung/ Inhaftierter Elternteil (Version 02.11.2011)**
- 4. Datenschutzrechtliche Erklärung/ Elternteil in Freiheit (Version 02.11.2011)**
- 5. Betreuungsvereinbarung (Version 02.11.2011)**
- 6. Antrag auf Kostenübernahme durch das Eltern Kind Projekt Chance e.V. (Version 02.11.2011)**
- 7. Rückmeldebogen – Fallmanagement (Version 02.11.2011)**