



# Anmeldung

für einen Programmplatz im KOHLENWEIHER

ZUWEISENDE STELLE (bitte genaue Adresse angeben)

	Kontaktperson
_____	_____
	Telefon
_____	_____
	Fax
_____	_____
	E-Mail
_____	_____

PROGRAMMPLATZ FÜR FOLGENDE PERSON:

Name:		Geschlecht:		<input type="checkbox"/> F
Vorname:				<input type="checkbox"/> M
Strasse:		Geb. Datum:		
PLZ/Ort:				
Nationalität:		Telefon (Eltern):		
Aufenthaltsbewilligung:		gültig bis:		Handy:
Erstanmeldung <input type="checkbox"/>	Zweite Anmeldung <input type="checkbox"/>	Dauer:		Monat(e)
Ganztagesstruktur <input type="checkbox"/>	Teiltagesstruktur <input type="checkbox"/>	ab:		(Datum)

Ort/Datum:

Unterschrift zuweisende Amtsstelle  
(Rechtsgültige Unterschrift mit Stempel)

\_\_\_\_\_

RÜCKMELDUNG VOM PROGRAMMANBIETER

Programmteilnahme von – bis _____.		
Folgende Module sind zum Start vorgesehen:		
<input type="checkbox"/> Werkstatt	<input type="checkbox"/> Gruppe & Freizeit	<input type="checkbox"/> Küche & Haushalt
<input type="checkbox"/> Bildung	<input type="checkbox"/> Berufswahl	
Bezugsperson Kohlenweiher:		

Es erfolgt keine Programmteilnahme aus folgendem Grund: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Anmeldeinformationen

### SPRACHEN

Muttersprache:

Kann sich in Wort und Schrift verständigen in:

Deutsch

ja

nein, Einschränkungen:

Versteht Mundart

ja

nein

Versteht Hochdeutsch

ja

nein

### Bildung

Will und kann aktiv an Schulbildung teilnehmen

ja

nein, Einschränkungen:

### EINSCHÄTZUNGEN DER ZUWEISENDEN STELLE

#### Gesundheit

körperliches Befinden

gut

eher gut

eher schlecht

Einschränkungen (inkl. Allergien oder Medikamente):

psychisches Befinden

gut

eher gut

eher schlecht

medizinisch/psych. in Behandlung

nein

ja, Grund:

Probleme mit Sucht (auch Cannabis)

nein

ja, welche:

### EIGENSCHAFTEN

Teamfähigkeit

geeignet

bedingt geeignet

nicht geeignet

Anpassungsfähigkeit

gut

mit Vorbehalt

stark eingeschränkt

Kritikfähigkeit

gut

mit Vorbehalt

stark eingeschränkt

Motivation

vorhanden

teilweise vorhanden

kaum vorhanden

Zuverlässigkeit

zuverlässig

bedingt zuverlässig

eher unzuverlässig

### BEMERKUNGEN DER ZUWEISENDEN STELLE

Wichtige Informationen für den Programmanbieter wie z.B. bereits durchgeführte Massnahmen:

### WICHTIG

Der Jugendliche, eine erziehungsberechtigte Person sowie das zuweisende Amt bestätigen mit der Unterschrift die Richtigkeit aller Angaben auf diesem Formular und geben die Einwilligung zum Informationsaustausch innerhalb der beteiligten Personen und Fachstellen. Ergeben sich zu einem späteren Zeitpunkt Änderungen, müssen diese dem Programmanbieter unverzüglich gemeldet werden.

### VERSICHERUNGEN

Für Schadenfälle, welche ohne absichtliches Verschulden zu Stande kamen, hat der Betrieb eine Haftpflichtversicherung. Bei absichtlich entstandenen Schäden oder Verletzungen von Drittpersonen wird auf die Privathaftpflichtversicherung des verursachenden Jugendlichen oder seinen erziehungsberechtigten Personen zurückgegriffen.

Gegen Krankheit und Unfall müssen die Jugendlichen privat versichert sein. Police bei Eintritt abgeben.

**FINANZIERUNG**

Den Aufenthalt im Programm finanziert die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern. Der Materialbeitrag für Jugendliche mit Wohnsitz im Kanton Bern beträgt täglich CHF 10.-. Für die Mahlzeiten werden CHF 10.- pro Tag berechnet. Verrechnet wird jeder Öffnungstag (nur Werktage) während der gesamten Aufenthaltszeit. Dieser Betrag ist von den erziehungsberechtigten Personen zu bezahlen. Der Betrag wird monatlich in Rechnung gestellt. Die Bestätigung der Kostenübernahme muss bei Eintritt des Jugendlichen schriftlich vorliegen. Bei kurzfristigen Eintritten hat die Bestätigung der Kostenübernahme innerhalb der ersten zwei Wochen schriftlich beim Programmanbieter vorzuliegen.

**NEBENKOSTEN**

Spezielle Auslagen für Ausflüge, Eintritte, etc. werden separat erhoben.

**RECHNUNGSADRESSE FÜR AUFENTHALTS- UND ESSENSGELD:**Name  

---

Adresse  

---

PLZ Ort  

---

Telefon  

---

E-Mail  

---

Unterschrift erziehungsberechtigte Person

Unterschrift zuweisendes Amt  
(Rechtsgültige Unterschrift mit Stempel)

- BEILAGEN
- Kopie Krankenkassen-Police mit Unfalleinschluss
  - Arztzeugnis, bei gesundheitlichen Einschränkungen
  - Kopie Verfügung Art.28, VSG oder Verfügung Art. 24, Abs. 2, VSG

