|  |
| --- |
| Erhebungsbogen zur Geeignetheit einer Gastfamiliezur Aufnahme eines erwachsenen Menschen mit Behinderung  |

**A. Allgemeine Angaben der potentiellen Gastfamilie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gastfamilie** | **(A)****Bewerber/in** | **(B)****Familienangehörige/r** | **(C)****Sonstige/r****weitere Haushaltsangehörige** |
| 1. **Angaben zu der/den Person/en:**
 |
|  | Name, Vorname |       |       |       |
|  | Geburtsdatum |       |       |       |
|  | Straße |       |       |       |
|  | PLZ, Wohnort |       |       |       |
|  | Telefon  |       |       |       |
|  | E-Mailadresse |       |       |       |
|  | Art/Status zu A (Ehepartner/in, Lebensgefährte/in) |       |       |       |
|  | Familienstand (verwitwet, geschieden etc.) |       |       |       |
|  | Konfession |       |       |       |

|  |
| --- |
| 1. **Bildung und Beruf**
 |
|  | Schulabschluss |       |       |       |
|  | derz. ausgeübter Beruf |       |       |       |
|  | Angaben zur Beschäftigung | [ ]  vollzeitbeschäftigt  | [ ]  vollzeitbeschäftigt  | [ ]  vollzeitbeschäftigt |
|  | [ ]  teilzeitbeschäftigt Arbeitszeit mit …..pro Woche | [ ]  teilzeitbeschäftigt Arbeitszeit mit …….pro Woche | [ ]  teilzeitbeschäftigt Arbeitszeit mit …pro Woche |
|  | [ ]  in Schulausbildung/Aus- od.Weiterbildungsmaßnahme | [ ]  in Schulausbildung/Aus- od.Weiterbildungsmaßnahme | [ ]  in Schulausbildung/Aus- od.Weiterbildungsmaßnahme |
|  | [ ]  arbeitssuchend | [ ]  arbeitssuchend | [ ]  arbeitssuchend |
|  | [ ]  Rentner | [ ]  Rentner | [ ]  Rentner |
|  | [ ]  Sonstiges | [ ]  Sonstiges | [ ]  Sonstiges |

|  |
| --- |
| 1. **Weitere im Haushalt lebende Personen** (Großeltern, Freunde etc. 🡪 sofern diese nicht unter C erfasst sind)
 |
| Person (Name, Art zu (A), Alter) |       |

|  |
| --- |
| 1. **Kinder** (der Bewerberfamilie)
 |
| Kind (inkl. Name) | 1. Kind | 2. Kind | 3. Kind | 4. Kind | 5. Kind | 6. Kind |
|       |       |       |       |       |       |
| Geburtsdatum |       |       |       |       |       |       |
| Status | [ ]  leibliches Kind[ ]  Adoptivkind[ ]  Pflegekindseit | [ ]  leibliches Kind [ ]  Adoptivkind[ ]  Pflegekindseit | [ ]  leibliches Kind[ ]  Adoptivkind[ ]  Pflegekindseit | [ ]  leibliches Kind [ ]  Adoptivkind[ ]  Pflegekindseit | [ ]  leibliches Kind [ ]  Adoptivkind[ ]  Pflegekindseit | [ ]  leibliches Kind[ ]  Adoptivkind[ ]  Pflegekindseit |

|  |
| --- |
| 1. **Anderweitige Verantwortungsverpflichtungen** (zu pflegende Angehörige, Ehrenamtliches Engagement etc.)
 |
|       |

1. **Sozialräumliche Bedingungen:**

|  |
| --- |
| **Wohnsituation** |
|  | [ ]  Mietwohnung | Wohnfläche ca.  qm | Anzahl der Zimmer (ohne Bad/Küche) | [ ]  barrierefreier Zugang |
|  | [ ]  angemietetes Haus | Wohnfläche ca. qm | Anzahl der Zimmer (ohne Bad/Küche) | Ggf. kurze Beschreibung      |
|  | [ ]  Eigentumswohnung | Wohnfläche ca. qm | Anzahl der Zimmer (ohne Bad/Küche) |
|  | [ ]  Haus auf eigenem Grundstück/Garten | Grundstücksfläche qmWohnfläche ca. qm | Anzahl der Zimmer  |
|  | [ ]  Einliegerwohnung in Mehrseitenhof | Wohnfläche ca. qm | Anzahl der Zimmer (ohne Bad/Küche |

|  |
| --- |
| 1. **Verfügbarer Raum** für den/die Gastbewohner/in
 |
|  | [ ]  eigenes Zimmermit ca. qm Wohnfläche  [ ]  Küche/Wohnstube, Flur, Gemeinschaftsräume etc. der  Gastfamilie können mit genutzt werden [ ]  Sanitäre Anlagen der Gastfamilie können genutzt werden[ ]  Einliegerwohnung[ ]  Wohnung auf dem Flur gegenüber | **Ausstattung mit:** [ ]  Waschbecken [ ]  Bad[ ]  WC [ ]  (Einbau-) Küche[ ]  Dusche[ ]  Küchenzeile[ ]  TV/Radio-Anschluss[ ]  möbliert[ ]  teilmöbiliert[ ]  nicht möbliert[ ]  vorhandene Einrichtungsgegenstände |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Haustiere*****[ ]* nein** ***[ ]* ja**  | wenn ja, welche?       |

|  |
| --- |
| 1. **Mobilität**
 |
|  | Führerschein | [ ]  nein | [ ]  ja | Anderweitige Sicherstellung der Mobilität:       |
|  | Auto | [ ]  nein | [ ]  ja |
|  | Anbindung an ÖPNV | [ ]  nein | [ ]  ja |

1. **Emotionale und Soziale Voraussetzungen**

|  |
| --- |
| 1. **Warum möchten Sie einen Menschen mit Behinderungen aufnehmen?** (Begründung, ggf. Extrablatt benutzen!)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Haben Sie bereits Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen?**
 |
|  | Menschen mit einer psychischen Erkrankung/seelischen Behinderung | [ ]  nein | [ ]  ja, bei |       |
|  | Menschen mit einer geistigen Behinderung | [ ]  nein | [ ]  ja, bei |       |
|  | Menschen mit einer Körperbehinderung | [ ]  nein | [ ]  ja, bei |       |
|  | pflegebedürftigen Angehörigen | [ ]  nein | [ ]  ja, bei |       |
|  | Sonstige | [ ]  nein | [ ]  ja, bei |       |

|  |
| --- |
| 1. **Wie können Sie den Gastbewohner in Ihren familiären Alltag einbeziehen , bspw. nach der Arbeit od. am Wochenende?** (ggf. Extrablatt verwenden)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Können Sie den Gastbewohner in Ihre Freizeitgestaltung einbeziehen? Welche Aktivitäten** (Hobbies, pers. Interessen, Vereinsaktivität, Kirchgemeinde, etc.) **stellen Sie sich gemeinsam mit dem Gastbewohner vor?** (ggf. Extrablatt verwenden)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Gibt es Arbeits- und/od. Beschäftigungsmöglichkeiten für den Gastbewohner? Könnten Sie eine Tagesstruktur (=intern, d.h. tagsüber) anbieten**?(ggf. Extrablatt verwenden)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **In welche familiären Festlichkeiten könnte der Gastbewohner einbezogen werden?** (ggf. Extrablatt verwenden)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Wo sehen Sie bzw. gibt es Entlastungsmöglichkeiten für sich?** (bspw. wie können ggf. notwendige Unterstützung und Beratung gesichert werden? Einbindung Familienentlastender Dienst, Pflegeberater, Institutsambulanzen, KoBS, Selbsthilfegruppen, etc.)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Haben Sie bereits Erfahrungen in Konflikt- und Krisensituationen?** (Hilfe holen zurUnter**stützung in** akuten Konflikten und Krisen, in festgefahrenen Situationen, etc.)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Liegen gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, die eine Tätigkeit als Gastfamilie erschweren könnten?**
 |
|       |

1. **Wahl des Gastbewohners durch die Gastfamilie** 🡪**Passungsprozess**

|  |
| --- |
| 1. **Erfolgte bereits eine Auswahl eines interessierten Gastbewohners?**
 |
|  | [ ]  nein 🡪 Bewerber-Pool  | [ ]  ja, nämlich |
|  | **aus häuslichem Bereich** |
|  | Name, Vorname |       |
|  | Adresse |       |
|  | Kontakt über mgl.:  |       |
|  |  |       |
|  | Wie wurden Sie auf den Gastbewohner aufmerksam? |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **aus stationärer Einrichtung der Behindertenhilfe** |
|  | Name, Vorname  |       |
|  | Adresse: |       |
|  | Name der Einrichtung  |       |
|  | Kontakt über mgl.:  |       |
|  |  |       |
|  | Wie wurden Sie auf den Gastbewohner aufmerksam? |       |
| 1. **Welche Erwartungen haben Sie an das Leben mit einem neuen Familienmitglied? Was wünschen Sie sich von einem Gastbewohner?** (Welche Voraussetzungen, Fähigkeiten und Kompetenzen, ggf. Hobbies etc. sollten mitgebracht werden?) (ggf. Extrablatt verwenden)
 |
|       |

|  |
| --- |
| 1. **Was sollte N I C H T sein?** (Beeinträchtigungen, pers. Eigenschaften, etc.) (ggf. Extrablatt verwenden)
 |
|       |

1. **Auszahlung des Betreuungsgeldes**

|  |
| --- |
| **Das Betreuungsentgelt soll auf folgende Bankverbindung ausgezahlt werden:** |
| IBAN |       |
| BIC |       |
| Name der Bank |       |
| Kontoinhaber |       |

1. **Grundsätzliches**

|  |
| --- |
| Ich bin/Wir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sind bereit …* dem Gastbewohner eigenen Wohnraum (Zimmer) zur Verfügung zu stellen und ihn in das familiäre Leben einzubeziehen
* den Gastbewohner im Alltag und bei der Tagesstrukturierung zu unterstützen
* den Gastbewohner bei notwendigen Arztterminen sowie bei notwendiger medizinischer Versorgung zu unterstützen
* besondere Vorkommnisse sofort zu melden
* mit dem Träger des Betreuten Wohnen zusammenzuarbeiten und uns insbesondere in Konflikt- oder Krisensituationen mit dem Träger zu beraten
* Hausbesuche durch Mitarbeiter des Trägers oder des KSV Sachsens zuzulassen
* einen Familienbetreuungsvereinbarung (FBV) mit den Beteiligten abzuschließen
* Sonstiges:

 Des Weiteren bin ich/sind wir bereit, jährlich über das Zusammenleben mit dem Gastbewohner zu berichten (Formular). |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift (Gastfamilie)

**Bei Einbeziehung eines Trägers:**

|  |
| --- |
| kurze Stellungnahme zur potentiellen Gastfamilie: |
|       |

Der Träger hat bei der Erstellung des Erhebungsbogens mitgewirkt und bestätigt die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

 (Träger des Gastfamilienbetreuungsteams)

|  |
| --- |
| Interner Prüfvermerk:  |
|  |