|  |
| --- |
| 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  Pflegekind  seit | leibliches Kind  Adoptivkind  Pflegekind  seit | leibliches Kind  Adoptivkind  Pflegekind  seit | leibliches Kind  Adoptivkind  Pflegekind  seit | leibliches Kind  Adoptivkind  Pflegekind  seit | leibliches Kind  Adoptivkind  Pflegekind  seit |

|  |
| --- |
| 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 qm  Wohnfläche 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 Zimmer  mit 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: |
|  |