

Netzwerk Kind

Hotline: 0676/ 88 350 770

Mail: netzwerkkind@soziale-dienste-burgenland.at



Zuweisung zur Familienbegleitung

Interne Nummer: _____

Familie / Bezugspersonen: (Name, Alter, Beziehung zum Kind)

Kind/ Kinder: (Name/n, Alter bzw. erwarteter Geburtstermin bzw. SSW)

Kontaktdaten: (Adresse, Telefonnummer, Mailadresse)

Erziehungsberechtigt:

Zuweisungsgrund/ Zuweisungsgründe:

Zuweiser:in:

Name:

Profession der zuweisenden Person:

Institution:

Ansprechperson:

Telefonnummer:

Mail:

Kontaktaufnahme zur Familie:

- Direkte Kontaktaufnahme der Familienbegleitung zur Familie
- Vorherige Rücksprache mit der oben genannten Kontaktperson

(Zur Vorlegung der/des Erziehungsberechtigten)

- Ich bestätige, dass die im Erhebungsbogen angeführten Daten richtig sind und bin mit der elektronischen Weiterleitung der Daten an Netzwerk Kind einverstanden.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r: _____

Datum der Zuweisung: _____ Unterschrift Zuweiser/in: _____