

## Netzwerk Kind

Hotline: 0676/ 88 350 770

Mail: [netzwerkkind@soziale-dienste-burgenland.at](mailto: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: \_\_\_\_\_