***Erwachsenenschutz***

**Bericht gemäss Art. 411 Abs. 1 ZGB**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **vom:** |  | **bis:** |  |
| **betreute Person:** | | | |
| Name: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| geb. am: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Heimatort | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wohnort  (Strasse, PLZ, Ort) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Aufenthalt (Strasse, PLZ, Ort) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Massnahme: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ZGB-Art: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Beistand / Beiständin:** | | | |
| Name: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wohnort  (Strasse, PLZ, Ort) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Telefon: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **zuständige Sozialregion (bitte ankreuzen)** | |
|  | Zweckverband Sozialregion Thierstein, Passwangstr. 33, Postfach 312, 4226 Breitenbach |

|  |  |
| --- | --- |
| **Beilagen (bitte ankreuzen)** | |
|  | Rechnung |
|  | Belege |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **1. Auftrag** |
| 1.1. Welchen Auftrag hatte ich als Beistand/Beiständin? |
| 1.2. Welche Ziele konnten erreicht / welche Aufträge konnten erfüllt werden? |
| 1.2. Welche Ziele konnten *nicht* erreicht / welche Aufträge *nicht* erfüllt werden? Gründe? |
| 1.3. Soll die Beistandschaft aufgehoben oder weitergeführt werden? Gründe? |
| 1.4. Soll der Auftrag erweitert oder soll er eingeschränkt werden? Gründe? |

|  |
| --- |
| **2. Wohnsituation** |
| 2.1. Wo wohnt die betroffene Person? |
| 2.2. Wie ist sie mit ihrer Wohnsituation zufrieden? |
| 2.3. Welches sind ihre Bezugspersonen? (Eltern, Ehe- o. Lebenspartner, Kontaktfamilie,  Heimpersonal usw.)? |
| 2.4. Wie sieht das Verhältnis, der Kontakt zu diesen Personen aus? |

|  |
| --- |
| **3. Gesundheit** |
| 2.1. Gibt es körperliche oder psychische/seelische Probleme? |
| 2.2. Sind Ärzte, Beratungsstellen eingeschaltet? |
| 2.3. Stellten sich besondere Probleme? Wie hat die betr. Person darauf reagiert, konnte sie damit umgehen? |

|  |
| --- |
| **4. Selbständigkeit / Selbstkompetenzen** |
| 4.1. In welcher Beziehung hat die betreute Person Fortschritte gemacht, wo liegen die Schwächen? |
| 4.2. Wie steht es aktuell mit der Selbständigkeit? |

|  |
| --- |
| **5. Ausbildung/Schule/Arbeit** |
| 5.1. Art der besuchten Ausbildung/Schule oder des Arbeitsplatzes? |
| 5.2. Welche schulischen oder beruflichen Absichten und Wünsche hat die betroffene Person (Ausbildung/Weiterbildung)? |

|  |
| --- |
| **6. Soziales Umfeld (Soziales Netz)** |
| 6.1. Hat die betreute Person Angehörige (Lebenspartner, Kinder, Verwandte, Freunde? Zu welchen Angehörigen bestehen Kontakte? |
| 6.2. Hat die betreute Person weitere Bezugspersonen (Nachbarn, Arbeitsgeber, Arzt, Therapeut, Spitex usw.) ? Von welchen dieser Personen erhält die betreute Person Unterstützung? |

|  |
| --- |
| **7. Beziehung zur Betreuungsperson / Einstellung zur Massnahme** |
| 7.1. Wie ist das Verhältnis zwischen betreuter Person und Beistand? Ist die betreute Person kooperativ? Können Abmachungen eingehalten werden? |
| 7.2. Wie stellt sich die betreute Person zur Weiterführung bzw. zu einer Aufhebung der Massnahme? |
| 7.3. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit des Beistandes mit dem sozialen Netz der betreuten Person? |

|  |
| --- |
| **8. Finanzielles** |
| 8.1. Hat die Person ein eigenes Einkommen? Wenn ja: Welches Einkommen (Herkunft; Höhe usw.)? |
| 8.2. Decken die Einnahmen die notwendigen Ausgaben? |
| 8.3. Kann die betreute Person mit Geld umgehen? |
| 8.4. Wer verwaltet das Einkommen? Wer verwaltet das Vermögen? Ungefähre Höhe des Vermögens |
| 8.5. Falls in der Rechnung eine Vermögensverminderung ausgewiesen wird: Gründe für den Vermögensverzehr? |
| 8.6. Weitere Angaben zum Thema Finanzen …. |

|  |
| --- |
| **9. Anpassung der Massnahme an das neue Recht** |
| 9.1. Hat die Beistandsperson Vorschläge zur Anpassung der Massnahme? |
| 9.2. Ist die Beistandsperson bereit, das Mandat weiterzuführen? |

|  |
| --- |
| **10. Anträge des Beistandes / der Beiständin an die KESB** |
| 10.1.  Antrag für Entschädigung: Fr. …………………. Antrag für Spesen: Fr. ……………………….  Total: Fr. ………………………… (gestützt auf Ziffer …………. der Entschädigungs-Richtlinien)  q Ich verzichte auf eine Entschädigung (evtl. ankreuzen). |
| 10.2. |
| 10.3. |
| 10.4. |

|  |
| --- |
| **11. Beizug der betreuten Person zur Berichts-und Rechnungsablage**  **(Art. 410 Abs. 2 ZGB und Art. 411 Abs. 2 ZGB)** |
| 11.1. Die Rechnung/der Bericht wurden mit der betreuten Person besprochen.  Datum: …………………………………….  Unterschrift der betreuten Person: ………………………………………………………. |
| 11.2. . Die Rechnung/der Bericht konnten mit der betreuten Person nicht besprochen werden. Grund? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: | …………………………………… | Unterschrift  Beistand / Beiständin | …………………………………. |