Selbstdeklaration für Pflegefamilien

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname  |       |
| Adresse |       |
| Datum der letzten ärztlichen Untersuchung? |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gesundheit/Versicherung** | Ja |  Nein |
| **Sind Sie gesundheitlich eingeschränkt?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn ja, wie?      |
| **Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig?**  | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn nein, warum nicht?      |
| **Fühlen Sie sich aus psychischer Sicht in der Lage, die Aufgabe als Pflegefamilie wahrzunehmen?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn nein, warum nicht?      |
| **Sind Sie auf die regelmässige Einnahme von Medikamentenangewiesen?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn ja, welche?      |
| **Leiden Sie an einer ansteckenden oder übertragbaren Krankheit?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn ja, welche?      |
| **Gibt es in Ihrer engeren Familie Fälle von ansteckenden Krankheiten (z.B. Tuberkulose, Hepatitis etc.)?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn ja, welche?      |
| **Das Pflegekind ist gegen Krankheit, Unfall und Haftpflicht versichert** | [ ]   |  [ ]   |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Genuss- und Suchtmittel** | Ja |  Nein |
| **Rauchen Sie regelmässig?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn ja, was tun Sie um die Kinder vor Passivrauch zu schützen? |
|  |  |
|  | Ja |  Nein |
| **Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn ja, hat dies Auswirkungen auf Ihre Tätigkeit als Pflegefamilie?      |  |  [ ]   |
| **Konsumieren Sie andere Suchtmittel?** | [ ]   |  [ ]   |
| Wenn ja, welche und wie oft?      |  |  [ ]   |
| Wenn ja, welche Auswirkungen hat dies auf Ihre Tätigkeit als Pflegefamilie?      |
|  |

 |
| **Bestrafung** | Ja |  Nein |
| **Wenden Sie körperliche Bestrafung als Erziehungsmittel an?** | [ ]   |  [ ]   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vormundschaftliche Massnahmen** | Ja |  Nein |
| **Ist Ihre Handlungsfähigkeit durch behördlichen Beschluss eingeschränkt (Beistandschaft)?**  | [ ]   |  [ ]   |
| **Bestehen oder bestanden Massnahmen oder Auflagen (Kindesschutzmassnahmen) einer Behörde für Ihre leiblichen Kinder?** | [ ]  |  [ ]  |
| *Wenn ja: Entscheid der zuständigen Kindes-und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) beilegen (Kopie)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Strafverfahren** | Ja |  Nein |
| **Waren Sie jemals oder sind Sie derzeit als Täter/als Täterin in ein Strafverfahren involviert?** | [ ]   |  [ ]   |
| *Wenn ja, in welchem Straftatbestand?* |

|  |
| --- |
| **Allgemeine Bemerkungen** |

Ich erkläre, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und nehme
zur Kenntnis, dass ich im Falle von unrichtigen oder fehlenden Angaben mit einem Entzug der Bewilligung als Pflegefamilie rechnen muss. Ich bin mir bewusst, dass alle wesentlichen Veränderungen, insbesondere die Veränderung der Wohn- und Lebenssituation, der Gesundheit sowie die Aufnahme von Kindern zur Pflege, unverzüglich dem Amt für Soziale Sicherheit gemeldet werden müssen.

Ort und Datum Unterschrift