|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **Bericht 20xx** |
|  |

Betroffene Person:

Beiständin/Beistand:

(*Durch die Beiständin/den Beistand auszufüllen*)

Angaben zur/zum Beiständin/Beistand

1. Vor- und Nachname:
2. Adresse:
3. E-Mail:
4. Telefon:
5. Sind Sie …. (Z*utreffendes bitte einkreisen*):
6. Berufsbeistand
7. Privater Beistand
8. Familienmitglied

**Angaben zur betroffenen Person**

1. Vor- und Nachname:
2. Geburtsdatum:
3. Adresse (offizieller Wohnsitz:
4. Aufenthaltsort:
5. Telefon:
6. Nationalität:
7. Art der Aufenthaltsbewilligung und seit wann in der Schweiz:
8. Heimatberechtigt in:
9. Zivilstand:
10. Kinder (Namen, Vornamen und Geburtsdaten):
11. Laufende Massnahme (Art.)?
12. Einschränkung der Handlungsfähigkeit (ja/nein):
13. Entscheid der KESB vom:

**Entwicklung der betroffenen Person**

1. Persönliche und familiäre Situation
2. Wohnsituation
3. Netzwerk und Betreuung (familiär, freundschaftlich, medizinisch, Hilfe im Haushalt usw.)
4. Medizinische Situation (mit Kontaktdaten des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin und anderen)
5. Besondere Fragen
6. Hat die betroffene Person einen Vorsorgeauftrag erteilt?
7. Hat die betroffene Person eine Patientenverfügung erstellt?
8. Hat die betroffene Person ein Testament verfasst oder verfassen lassen?
9. Hat die betroffene Person einen Erbvertrag geschlossen?
10. Hat die betroffene Person einen Bestattungsvorsorgevertrag abgeschlossen?

**Entwicklung der finanziellen Situation**

* 1. Berufliche Situation
  2. Finanzielle Situation
  3. Vermögenssituation (Immobilien, Grundbesitz, Erbschaft, Gesellschaft usw.)
  4. Rückblick auf die Ziele des vergangenen Jahres und Ausblick auf zukünftige Ziele.
  5. Änderungen, die die finanzielle Situation beeinflussen (Aufenthaltsort, Überweisung / Änderung von Versicherungsrenten, Berufstätigkeit, Bankkonten oder ähnliches)
  6. Grosse Vermögensänderungen / Ausgaben / wichtige Anschaffungen
  7. Bemerkungen

**Bewertung der Massnahme und Vorschläge des Beistands/der Beiständin**

1. Ist die aktuelle Massnahme noch angemessen für die Situation der betroffenen Person?
2. Wenn nein, sollte sie verstärkt, erleichtert oder aufgehoben werden und warum?
3. Vorschläge der Beiständin/des Beistandes

**Ihre Arbeit als Beiständin/Beistand**

1. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der betroffenen Person?
2. Möchten Sie diese Massnahme weiterhin begleiten?
3. Falls Sie Ihr Mandat niederlegen möchten, was sind die Gründe dafür?
4. Haben Sie spezielle Bemerkungen?

**Geschätzter Zeitaufwand für das Mandat/Vergütung des Beistands/der Beiständin.**

1. Verlangen Sie ein Honorar?
2. Wenn ja, geben Sie bitte das Bankkonto an, auf das die Vergütung überwiesen werden sollen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Abrechnungskriterien:

Soz. Betreuung: Anzahl Gespräche mit/für die betroffene Person:  wöchentlich

monatlich  vierteljährlich  weniger als 4/Jahr

Anzahl Begegnungen mit/im Netzwerk:  keine  1 – 3/Jahr

mehr:

Kontakte mit/für die betroffene Person:  täglich  wöchentlich

(telefonisch oder per E-Mail)  1 – 2/Monat  weniger als 1/Monat

Administrative Aufgaben:

Keine Verwaltung von Rechnungen

Verwaltung von gängigen Rechnungen und anderen üblichen Vorgängen (Beantragung von Subventionen, Steuererklärung...)

zusätzliche Aufgaben neben der Verwaltung der laufenden Rechnungen (Stipendienantrag, EL-Antrag, Fondsanträge, Zahlungsvereinbarungen, AHV-Anschluss, Steuererlass, andere Anträge bei Sozialversicherungen...)

wichtige zusätzliche Verwaltung (Regeln von Streitfällen, Führen von Rechtsverfahren, Verwaltung von Immobilien, treuhänderische Tätigkeit, Lohnverwaltung ...) bitte genau angeben:

Verschiedenes:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Beistand/Beiständin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Person ist urteilsfähig:   ja  nein

(Bei negativer Antwort ärztliches Zeugnis beilegen)

Die betroffene Person möchte von der KESB zu ihren Konten und/oder diesem Bericht angehört werden:

ja  nein

Bemerkungen der betroffenen Person:

Mit ihrer Unterschrift bestätigt die betroffene Person, dass sie den vorliegenden Bericht zur Kenntnis genommen hat (falls Urteilsfähigkeit besteht)

Datum: Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_