



Von:

Bezirk: _____ Region : _____ Auftragsdatum : _____

zuständige sozpäd. Fachkraft _____ Stellenzeichen _____

Telefon _____ Fax _____ Mail: _____

Auftrag für Kind/Jugendlichen:

Name _____ geb. am: _____ Alter: _____

Meldeadresse: _____ Berlin Tel : _____

Personensorgeberechtigte/r: Vater Mutter beide Eltern Vormund

Nationalität: deutsch türkisch arabisch sonstiges

Aufenthaltsstatus: unbekannt Bekannt Duldung/ Befugnis/Erlaubnis/Berechtigung

Zusatzinformationen zum Fall:

.....
.....
.....

| Fallvorstellung | Information/Daten – was ist bekannt? |
|--|---|
| <p>Alle Informationen/Daten, die zur Erfüllung des Auftrages notwendig sind, soweit sie bekannt sind:</p> | <p><u>1. Familie/Situation/Rahmenbedingungen/Besonderheiten</u></p> <p><input type="checkbox"/> Bes. Hinweise/Gefährdungspotential im Zugang :</p> <p>Ist eine Bedrohung für die Mitarbeiter des SToP Projektes im Zugang durch den Jugendlichen zu erwarten?</p> <p>_____</p> <hr/> <p><u>2. Schule (Schultyp; Klassenlehrer ,Schuldistanz etc.)</u></p> <p>Schule/Schultyp _____</p> <p>Klassenlehrer _____</p> <p>Klasse _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schuldistanz _____</p> <hr/> <p><u>3. Ist beim Jugendamt</u></p> <p>bekannt <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/></p> <p>Welchen Abteilungen im Jugendamt ist der Jugendliche bekannt?</p> <p><input type="checkbox"/> RSD Ansprechpartner /Tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe – Ansprechpartner/Tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> JGH Ansprechpartner /Tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> PSD Ansprechpartner /Tel. _____</p> <p><input type="checkbox"/> KJPD Ansprechpartner /Tel. _____</p> |



wie lange bereits in der Betreuung durch das Jugendamt ? _____

bisherige /aktuelle Hilfen – Hilfsangebote /Interventionen/Ergebnisse

Aufgeschlossenheit / Mitwirkung in der Hilfe _____

gibt es Medizinische/Psychologische Gutachten?
- (letzte Gutachten/Diagnose bspw. ADS/ADHS)

mediz. Indikationen/Medikamentierung (Ritalin, ADHS etc.,)

gesundheitliche Einschränkungen: _____

Welche Institutionen/Helfer noch am Fall ?
- soz. Dienstleister (bspw. Familienhelfer , Therapeuten etc)
- Fachdienste (KJPD; EFB)

Institution: _____

Ansprechpartner/Tel. :

4. Delinquenz

- Kontakte: JGH, OGJ etc.
- JGG Maßnahmen/Träger
- richterliche Auflagen

Häufigkeit,
Deliktstruktur _____

nicht klassifizierte strafunmündige, jedoch straffauffällig

KOMT Schwellentäter Intensivtäter

bestehen Kontakte zu :

Jugendgerichtshilfe _____

Sondersachbearbeiter Polizei: _____

Bewährungshilfe : _____

Andere _____

JGG Maßnahmen (aktuell)

Träger der Maßnahme: _____

Ansprechpartner: _____

Gibt es richterliche Auflagen, die für die Betreuung relevant sind ?



| | |
|---|---|
| | <p>Wenn ja , welche ?</p> <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <p><u>5. Umfeld/ soz. Netzwerke</u></p> <p><input type="checkbox"/> Peers</p> <p><u>6. Besonderheiten in der Fallkonstellation</u></p> <p><u>7. Einschätzungen/Beobachtungen der Fachkraft des Jugendamtes/(RSD bzw. JGH)</u></p> |
| <p>Konkrete Formulierung des Auftrags für den Einzelfall (was soll SToP leisten?) vor dem Hintergrund des Allgemeinen Auftrages des SToP - Projektes</p> | <p><u>Auftrag an „SToP – Projekt in Bereichen:“</u></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Kind/Jugendlicher/Familie</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Schule</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Freizeitbereich/Peer - Group</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Delinquenz</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Umfeld/Netzwerk</p> <p>_____</p> |

Vereinbarungen:

| | |
|---|---|
| <p>Information/Kommunikation/Bericht/ (Modus/Zeitlinien)</p> | <p><u>Informationsturnus/Fachaustausch</u></p> <p><input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14 tägig <input type="checkbox"/> monatlich</p> <p><input type="checkbox"/> bei besonderen problematischen Entwicklungen in der Betreuung (Ablehnung des Hilfeangebotes)</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
|---|---|



| | |
|--|--|
| | |
| Kooperation/Zusammenarbeit Institutionen Wer macht was? | |
| Ggf. Besondere Regelungen | |

Datum / Unterschrift(en) /

Mitarbeiter/in der SToP /

Fachkraft Jugendamt