



MELDEBOGEN (EINRICHTUNG/TRÄGER) bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Stempel der Einrichtung/des Trägers:

Art der Meldung:

- telefonisch persönlich
 Selbstmeldung Fremdmeldung
 anonyme Mitteilung

Datum:

Uhrzeit:

Uhr

1. Angaben zur Meldeperson (Pflichtfeld)

Name:

Einrichtung/Träger:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

E-Mail:

Telefon:

2. Angaben zum betroffenen Kind und zur Familie**2.1 Angaben zum Kind (Pflichtfeld)**

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Ort:

2.2 Angaben zu den Eltern bzw. Sorgeberechtigten

Mutter	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vater	sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name, Vorname:		Name, Vorname:	
Telefonische Erreichbarkeit:		Telefonische Erreichbarkeit:	
Anschrift:		Anschrift:	

Sind Geschwister vorhanden?

- ja nein

2.3 ggf. Angaben zu Geschwistern

Name, Vorname	Geb.- Datum/Alter	Anschrift

3. Inhalt der Meldung

Einschätzung der Meldung durch

- Selbstbeobachtung
 Vermutung
 Fremdbeobachtung durch

Was wurde beobachtet und wie lange?

Was ist vorgefallen und in welchem Zusammenhang?

Wie akut schätzt die meldende Person die Gefährdung ein und warum?

(Bitte schildern Sie den Sachverhalt in prägnanten Stichworten)

4. Welche Maßnahmen wurden bereits durch die Einrichtung/den Träger eingeleitet?

Die Familie wird bereits durch den Allgemeinen Sozialen Dienst betreut. ja nein

Die Familie ist über die Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt informiert. ja nein

Die Eltern nehmen die angebotene Hilfe nicht an.

Die Eltern erscheinen nicht in der Lage, die Hilfe anzunehmen.

Die Gefährdungssituation kann durch Unterstützung der Einrichtung/des Trägers nicht abgewendet werden.

Datum/Unterschrift der Meldeperson

Bitte senden Sie die Meldung an das Jugendamt des Landkreises Märkisch-Oderland per

FAX: 03346-850-6409

oder E-MAIL: jugendamt@landkreismol.de

ANLAGE

**zum Meldebogen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung
(Einrichtung/Träger)**

Die Anlage ist von Einrichtungen auszufüllen, die Dienste und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch VIII (SGB VIII) erbringen

Einrichtung/Träger:

Anschrift:

Name, Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Das Verfahren nach SGB VIII, § 8a (4) wurde durchgeführt:

ja nein

Name der fallführenden Fachkraft:

Name der hinzugezogenen „insoweit erfahrenen Fachkraft“:

Ergebnis der Beratung mit der „insoweit erfahrenen Fachkraft“:

Angebotene Maßnahmen zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung:

Haben die Personensorgeberechtigten die angebotene Hilfe angenommen? ja nein

Welche **gewichtigen Anhaltspunkte** liegen nun / weiterhin vor?

Datum

Unterschrift zuständige Fachkraft

Unterschrift Leiter/in der
Einrichtung/des Trägers

Bitte senden Sie die Meldung an das Jugendamt des Landkreises Märkisch-Oderland per

FAX: 03346-850-6409

oder E-MAIL: jugendamt@landkreismol.de