

Geht an:

Zuweisende Stelle: _____

Kontaktperson: _____ Tel: _____

E-Mail: _____

Betrifft:

Name Familie: _____

Entscheid über Fallübernahme:

KOFA-Abklärung

KOFA-6Wochen

KOFA-6Monate

Bitte schicken Sie uns die beiliegende **Kostengutsprache** ausgefüllt zurück.

Zuständige Familienarbeiterin/zuständiger Familienarbeiter

Name/Vorname: _____

Tel: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Ausbildung: _____

Aus-/Weiterbildung: _____

Berufliche Erfahrungen: _____

Geplanter Erstkontakt:

Erster Zwischenbericht:

Abschluss der Hilfe/Standortbestimmung:

Ort/Datum	TeamleiterIn
	Name/Unterschrift

Einverständnis der Familie liegt vor

cc: Hochschule für Soziale Arbeit, KOFA-Studie, Kitty Cassée, Auenstr. 4, 8600 Zürich