

Wichtige Informationen zur Trennungs- und Scheidungsberatung

Die Trennung der Eltern ist für alle Beteiligten ein einschneidendes und belastendes Ereignis, vor allem für die Kinder. Gerade jetzt ist es wichtig, dass Sie als Eltern Ihre auch nach der Trennung fortbestehende gemeinsame Verantwortung für das Wohl Ihrer Kinder wahrnehmen. Gemeinsam können Sie als Eltern die Situation für die Kinder erträglicher machen, indem Sie

- den Kontakt der Kinder mit dem anderen Elternteil erhalten,
- Ihre Paarkonflikte nicht auf die Eltern-Kind-Beziehung übertragen
- und Ihre Elternverantwortung auch künftig gemeinsam wahrnehmen.

Gerade in der Trennungssituation ist dies eine sehr schwierige Aufgabe für die Eltern. Hier hilft es oftmals, wenn Sie sich von einer außenstehenden Fachkraft beraten lassen. Diese Beratung leisten sowohl die Jugendämter als auch die Beratungsstellen.

Die Beratung soll den Eltern ermöglichen, ihre Beziehungsprobleme von der Interessenlage des Kindes zu trennen, das Kind aus Loyalitätskonflikten herauszuhalten, ihm möglichst die vertraute Umgebung zu erhalten und ihm zugleich Klarheit über seine künftigen Perspektiven zu vermitteln. Ergebnisse dieser Beratungsgespräche können auch die Entwicklung einvernehmlicher Konzepte zur Wahrnehmung der elterlichen Sorge und zum Umgangsrecht sein.

Auch Kinder können eine besondere Hilfe brauchen, insbesondere wenn deutlich wird, dass sie unter Schuldgefühlen und Verlustängsten leiden, weil sie meinen, sich für Mutter oder Vater entscheiden zu müssen und einen von beiden Elternteilen zu verlieren. Auch diese Hilfe können die Jugendämter und Beratungsstellen leisten.

Die Inanspruchnahme der speziell geschulten Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter in den Beratungsstellen ist für Sie kostenfrei. Bei Bedarf erhalten Sie auch kurzfristig Termine.

Haben Sie keine Scheu, eine Trennungs- und Scheidungsberatung in Anspruch zu nehmen! Nutzen Sie diese Chance im Interesse ihres Kindes!

Wenden Sie sich einfach an

das Kreisjugendamt Bernkastel-Wittlich

Kurfürstenstr. 16, 54516 Wittlich

Tel. 06571-14-0

Fax: 06571-14-249

E-Mail: Info@Bernkastel-Wittlich.de

Auf der Homepage des Kreisjugendamtes Bernkastel-Wittlich finden Sie viele weitere nützliche Informationen und Hilfestellungen:

www.Bernkastel-Wittlich.de > Kreisverwaltung > Fachbereiche > Fachbereich 12
Jugend und Familie > Allgemeiner Sozialer Dienst > Beratungen

Sie können sich auch direkt an folgende Beratungsstellen wenden:

Lebensberatung Wittlich

Kasernenstraße 37, 54516 Wittlich

Telefon: 06571 / 4061

Telefax: 06571-265328

E-Mail: lb.Wittlich@bistum-trier.de

Homepage: www.lebensberatung.info

Evangelische Lebensberatung Traben-Trarbach/Wolf

Maiweg 140, 56841 Traben-Trarbach

Telefon: 06541 / 6030

Telefax: 06541 /5526

Antrag auf

Eingang (von Behörde auszufüllen):

- Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 ff Aechtes Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe - (SGB VIII)
- Eingliederungshilfe gemäß § 35a Aechtes Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe - (SGB VIII)
- Hilfe für junge Volljährige gemäß § 41 Aechtes Buch Sozialgesetzbuch - Kinder- und Jugendhilfe - (SGB VIII)

Art der beantragten Hilfe: _____

1. Personalien

	Kind / Jugendliche/r / junge/r Volljährige/r	Mutter:	Vater:
Name, Vorname:			
Geburtsname:			
Geburtsdatum, - ort:	in	in	in
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
aktuelle Anschrift: (ggf. letzte bekannte Anschrift)			
Tel.-Nr.:			
Staatsangehörigkeit:	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
bei Ausländern: aus- länderrechtl. Status			
Familienstand:			
Beruf:			
Arbeitgeber:		seit	seit
Krankenkasse:			

2. Besondere Angaben zum Kind / Jugendlichen / jungen Volljährigen:

Kindschaftsverhältnis:	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> außerhalb der Ehe geboren
Bei außerhalb der Ehe geborenen Kindern: Die Vaterschaft ist	<input type="checkbox"/> nicht festgestellt <input type="checkbox"/> festgestellt (Bitte Nachweis vorlegen)
Bei Minderjährigen: Inhaber der Personensorge sind / ist:	<input type="checkbox"/> die Eltern <input type="checkbox"/> die Kindesmutter (Bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> der Kindesvater (Bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> der Vormund _____ (Bitte Nachweis vorlegen) <input type="checkbox"/> der Ergänzungspfleger _____ (Bitte Nachweis vorlegen)

= Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Geschwister des Kindes / Jugendlichen / jungen Volljährigen (auch: Stiefgeschwister und Geschwister außerhalb des Haushalts)

Name	Vorname	geb. am	wohnhaft in / bei

4. Weitere Angaben zum Kind / Jugendlichen / jungen Volljährigen

<input type="checkbox"/> Schulbesuch; Schule / Klasse:	
<input type="checkbox"/> berufliche Ausbildung; Ausbildungsberuf / Ausbildungsjahr / Arbeitgeber:	
<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit; Arbeitgeber:	

<input type="checkbox"/> Krankenversicherung bei _____ über <input type="checkbox"/> Kindesvater <input type="checkbox"/> Kindesmutter <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> eigenen Anspruch <input type="checkbox"/> nicht krankenversichert

5. Aufenthalt/e des Kindes / Jugendlichen / jungen Volljährigen ab Geburt

von	bis	bei	in

6. Wurde dem Kind / Jugendlichen / jungen Volljährigen bereits Jugend-/Sozialhilfe gewährt?

<input type="checkbox"/> ja, Art der Hilfe: _____ von _____ bis _____ durch welches Amt? _____ <input type="checkbox"/> nein
--

Ich bin / Wir sind ernstlich bereit, die Durchführung der erzieherischen Maßnahmen zu fördern, d. h. während der gesamten Dauer wirksam mit dem Jugendamt sowie den bei der Durchführung der Hilfe beteiligten Einrichtungen und Personen zusammenzuarbeiten.

Ich verpflichte mich / Wir verpflichten uns, während der Dauer einer stationären Jugendhilfemaßnahme jede Änderung der Krankenversicherung unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen. Mir / Uns wurde bekannt gegeben, dass ich / wir bei Nichtbeachtung meiner / unserer Mitteilungspflicht die durch evtl. fehlenden Krankenversicherungsschutz entstehenden ärztlichen Behandlungskosten etc. übernehmen müssen.

Mir / Uns ist bekannt, dass das Kind / der Jugendliche / der junge Volljährige und die Eltern zu den Unterbringungskosten beitragen müssen, soweit dies nach den gesetzlichen Bestimmungen zulässig, erforderlich und zumutbar ist.

- Angaben über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern sowie des Kindes / des Jugendlichen / des jungen Volljährigen sind nach §§ 91 ff SGB VIII nicht erforderlich (Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandschaft, Betreuungshelfer).
- Die Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Kindes / des Jugendlichen / des jungen Volljährigen sind diesem Antrag beigelegt (Vollzeitpflege, Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform).
 - Die entsprechenden Nachweise sind ebenfalls beigelegt.
 - Die entsprechenden Nachweise werden unverzüglich nachgereicht.
- Die Erklärung/en zu meinen / unseren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen
 - ist / sind diesem Antrag beigelegt.
 - Die entsprechenden Nachweise sind ebenfalls beigelegt.
 - Die entsprechenden Nachweise werden unverzüglich nachgereicht.
 - liegt / liegen dem Jugendamt bereits in anderer Sache vor und dürfen übernommen werden.
 - wird / werden mit Nachweisen unverzüglich nachgereicht.
(Tagesgruppe, Vollzeitpflege, Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform)
- Die Erklärung für die Familienkasse hinsichtlich der Auszahlung des Kindergeldes an das Jugendamt ist diesem Antrag beigelegt (Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform).

(Ort, Datum)

(Unterschrift/en des/r Personensorgeberechtigten / bzw. des jungen Volljährigen)



Maiweg 150, 56841 Traben-Trarbach,
Tel.: 06541 6030 Fax: 06541 5526

ANMELDEBOGEN
für Erziehungs- und Familienberatung

Name des Kindes/Jugendlichen:..... Vorname:.....
geb. am: Konf.:
Anschrift:
Telefon:
Anmeldung angeregt durch:
Schule/Kindergarten:.....
Klasse: Name des Lehrers /Erziehers:
Bei Jugendlichen berufl. Situation:

Familienangaben:

Vater:

Name:
Geb.-Datum:.....
Anschrift:
Erlerner Beruf:
Ausgeführter Beruf*:
Telefon:

Mutter:

Name:
Geb.-Datum:
Anschrift:.....
Erlerner Beruf:
Ausgeführter Beruf*:
Telefon:

*(ganztags, halbtags, stundenweise, arbeitslos)

*(ganztags, halbtags, stundenweise, arbeitslos)

Über wen soll die Kontaktaufnahme erfolgen? _____

Kann Nachricht auf Anrufbeantworter hinterlassen werden? ja nein

Besonderheiten: (z. B. Scheidung, Trennung, frühere Ehen, Tod einer Bezugsperson, Stief-, Pflege-, Adoptiv-Vater und/oder Mutter).

Geschwister:

Name:	geb. am;	Schule/Ausbildung/Beruf
.....
.....
.....
.....

Wir wünschen Beratung nach Möglichkeit in

- Traben-Trarbach/Wolf Kirchberg Trier Thalfang

Schwierigkeiten irgendwelcher Art bei Schwangerschaft und Geburt:

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

Krankheiten, Unfälle, Krankenhausaufenthalte:

.....

Trennung von den Eltern:

.....
.....

Umzüge; (wann)?

.....

Beschreiben Sie kurz die augenblicklichen Schwierigkeiten (evtl. Beispiele)

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

Welches Ziel möchten Sie nach der Beratung erreicht haben?

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

Weitere Personen im Haushalt : Wer?

.....
.....

Welche anderen Stellen haben Sie wegen der Schwierigkeiten schon einmal aufgesucht, bzw. was haben Sie selbst schon unternommen?

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