

# Ambulante Förder- und Schutzleistungen

## Personalien zu begleiteten Personen, Tarife 2024, Leistung & Leistungsbesteller

### Personalien Kind (Indexkind)

Name		Vorname	
Strasse, Nummer		Postleizahl, Ort	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse	
Heimatort/Ausweis		Obhut bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde
UMA / UMF	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgereicht bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde
Sprache			
Zuweisungsgrundlage	<input type="checkbox"/> Einvernehmlich über Sorgeberechtigte mit Unterstützung Sozialdienst <input type="checkbox"/> KESB-Beschluss (zusammen mit Gericht) <input type="checkbox"/> Jugendstrafrechtlicher Beschluss		

### Personalien Mutter

Name		Vorname	
Strasse, Nummer		Postleizahl, Ort	
Geburtsdatum		Sprache	
Smartphone		Mail	
Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse	
Heimatort/Ausweis		Haftpflchtvers.	

### Personalien Vater

Name		Vorname	
Strasse, Nummer		Postleizahl, Ort	
Geburtsdatum		Sprache	
Smartphone		Mail	
Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse	
Heimatort/Ausweis		Haftpflchtvers.	

### Personalien weiterer Geschwister in selbem Haushalt wie Indexkind

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse	

Heimatort/Ausweis		Obhut bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde
Sprache		Sorgerecht bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde

**Personalien weiterer Geschwister in selbem Haushalt wie Indexkind**

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse	
Heimatort/Ausweis		Obhut bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde
Sprache		Sorgerecht bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde

**Personalien weiterer Geschwister in selbem Haushalt wie Indexkind**

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse	
Heimatort/Ausweis		Obhut bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde
Sprache		Sorgerecht bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde

**Personalien weiterer Geschwister in selbem Haushalt wie Indexkind**

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Sozialversicherungsnummer		Krankenkasse	
Heimatort/Ausweis		Obhut bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde
Sprache		Sorgerecht bei:	<input type="checkbox"/> volljährig <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Behörde

## Tarife und Angebotsübersicht

<input type="checkbox"/> <b>Leistung Sozialpädagogische Familienbegleitung (SPF)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung der Elternsystemen bzw. Gespräche mit dem Elternsystem oder Elternteile mit ihren Kindern vor Ort</li> <li>• telefonische Begleitung/Gespräch der Elternsysteme</li> <li>• Vor- und Nachbearbeitung,</li> <li>• administrative Arbeiten, Berichte, Protokolle</li> <li>• Vernetzung, Termine und Absprachen mit Dritten (z.B. Auftraggeber)</li> <li>• Teilnahme an Sitzungen (Stao)</li> <li>• interne Fallbesprechungen</li> <li>• Reisezeit Stadt Bern und Agglomeration</li> </ul>	CHF 130.00/h
<input type="checkbox"/> <b>Leistung Ambulante Nachbetreuung (Nachsorge)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung der Elternsystemen bzw. Gespräche mit dem Elternsystem oder Elternteile mit ihren Kindern vor Ort</li> <li>• telefonische Begleitung/Gespräch der Elternsysteme</li> <li>• Vor- und Nachbearbeitung,</li> <li>• administrative Arbeiten, Berichte, Protokolle</li> <li>• Vernetzung, Termine und Absprachen mit Dritten (z.B. Auftraggeber)</li> <li>• Teilnahme an Sitzungen (Stao)</li> <li>• interne Fallbesprechungen</li> <li>• Reisezeit Stadt Bern und Agglomeration</li> </ul>	CHF 130.00/h
<input type="checkbox"/> <b>Leistung Begleitete Ausübung des Besuchsrechts</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung und Unterstützung der Elternteile bei der Wahrnehmung des Besuchsrechts</li> <li>• Vor- und Nachbearbeitung,</li> <li>• administrative Arbeiten, Berichte, Protokolle</li> <li>• Vernetzung, Termine und Absprachen mit Dritten (z.B. Auftraggeber)</li> <li>• Teilnahme an Sitzungen (Stao)</li> <li>• interne Fallbesprechungen</li> <li>• Reisezeit Stadt Bern und Agglomeration</li> </ul>	CHF 130.00/h exkl. Fahrspesen
<input type="checkbox"/> <b>Leistung Begleitete Übergabe des Besuchsrechts (Begleitung bei der Kinderübergabe)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begleitung und Unterstützung bei der Kinderübergabe</li> </ul>	CHF 124.00/pro Besuch exkl. Fahrspesen

### Allgemeines

- Die Tarife richten sich nach den Vorgaben des kantonalen Jugendamtes des Kantons Bern, mit welchem das Meliso einen Leistungsvertrag hat. Die ambulanten Leistungen werden mittels fixer Tarife abgegolten (Art. 22 KFSV)
- Die Kostengutsprache beinhaltet die Kostenobergrenze (Kostendach) für Gespräche, Administration und die Reisezeit
- Es werden nur die Stunden in Rechnung gestellt, welche effektiv für das Kind/Elternsystem geleistet werden
- Als Berechnungsgrundlage für die Reisezeit dient Google Maps. Ausgangspunkt ist Federweg 20, 3008 Bern
- Bei der Abrechnung wird das monatliche Total der Fahrzeit auf die nächste halbe Stunde aufgerundet
- Bei den von den Elternsystemen nicht eingehaltenen Terminen sowie Absagen bis zu 24 Stunden vor dem vereinbarten Gespräch, wird die geplante Gesprächszeit ohne die entsprechende Fahrzeit in Rechnung gestellt
- Erfolgt die Absage weniger als 24 Stunden vorher oder gar nicht werden mit dem Stundentarif inkl. Fahrzeit verrechnet
- Gemäss kantonomer Vorgabe wird bei der Facharbeit die Gesprächszeit auf die nächste halbe Stunde aufgerundet
- Bei der Facharbeit ohne Klienten wird nur das monatliche Total aufgerundet

### Zahlungsbedingungen

- Zahlbar innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung

### Kündigung

- Die Kündigungsfrist beträgt 7 Tage und hat schriftlich oder per E-Mail zu erfolgen

## Kostendach

Die Kostenübersicht darf lediglich als Richtwert verstanden werden und ist somit nicht verbindlich. In der Regel wird im Formular Kostengutsprache sowie für den Antrag beim KJA ein Kostendach pro Monat definiert, dies in Anlehnung der vereinbarten Intensität der stattzufindenden Gespräche.

### Auftrag der ambulanten Begleitung

- ...
- ...
- ...
- ...

#### Richtwert Kosten für 1 Begleitung

	Ansatz		Zeit			Kosten	
Begleitung Elternsystem	CHF	130.00	pro Std.	120	Min.	CHF	260.00
Administration	CHF	130.00	pro Std.	30	Min.	CHF	97.50
Reisezeit	CHF	130.00	pro Std.		Min.	CHF	
<b>Total</b>						<b>CHF</b>	

Anzahl Begleitungen pro Monat (Richtwert)	Zeit pro Monat	Kosten pro Monat
... Begleitungen pro Monat (Richtwert)	Min.	CHF

**Kosten für 6 Monate**  
CHF

An einem Standortgespräch, in der Regel nach drei Monaten, werden die Ziele sowie der Umfang der Begleitung überprüft und bei Bedarf angepasst. Berichte und Protokolle werden zusätzlich nach Aufwand verrechnet

### Kostengutsprache gültig

Von		Bis	
-----	--	-----	--

### Angaben zum Leistungsbesteller

Behörde/Stelle	
Name	
Vorname	
Strasse, Nummer	
Postleizahl, Ort	
Telefonnummer, Telefonnummer direkt	
E-Mail	
Ort & Datum	
Unterschrift bei ausserkantonalen Leistungsbestellern	

### Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Adresse

Intake Meliso  
Federweg 20  
3008 Bern

intake@meliso.ch