

**ACHTUNG:** Dies ist ein elektronisches Format in FamLink. Diese Word-Version darf nur verwendet werden, wenn FamLink nicht verfügbar ist.



CA Children's Administration

## Bericht des Gericht Court Report

Informationen zur Anhörung					
<b>ART DER ANHÖRUNG</b> <input type="checkbox"/> Anhörung zur Begutachtung von Unterhaltsberechtigten <input type="checkbox"/> Anhörung zur Tatsachenfeststellung <input type="checkbox"/> Antrag <input type="checkbox"/> Anhörung zur Planung einer dauerhaften Regelung <input type="checkbox"/> Anhörung zur Beendigung	<b>DATUM DES BERICHTS</b>	<b>PLANDECKUNG</b> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;">VON:      AN:</div>			
		<input type="checkbox"/> Konkurrierende Zuständigkeit der Gerichte wurde angeordnet/beantragt.			
<b>DATUM DER ANHÖRUNG/ÜBERPRÜFUNG</b>	<b>UHRZEIT DER ANHÖRUNG/ÜBERPRÜFUNG</b> <input type="checkbox"/> VORMITTAGS <input type="checkbox"/> NACHMITTAGS		<b>RECHTSNUMMER</b>		
Angaben zum Kind					
<b>NAME DES KINDES:</b>	<b>GEBURTSDATUM</b>	<b>ALTER</b>	<b>GESCHLECHT</b> <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	<b>MUTTERSPRACHE</b>	<b>AMBULANZABTEILUNG</b>
<b>RECHTSSTELLUNG DES KINDES</b>	<b>DATUM DER UNTERBRINGUNG</b>	<b>DATUM DES PFLEGEBEDARFS</b>		<b>DATUM DER ENTZIEHUNG DER ELTERLICHEN RECHTE</b>	
Wurde die Vaterschaft festgestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Name: _____ Art: _____ Status: _____					
<b>RASSE (ALLE ZUTREFFENDEN ANKREUZEN)</b> <input type="checkbox"/> Afroamerikaner / Schwarz <input type="checkbox"/> Asiatische / Pazifischer Insulaner <input type="checkbox"/> Kanadische First Nations (CFN) <input type="checkbox"/> Kaukasier / Weiß <input type="checkbox"/> Hispano- /Lateinamerikaner <input type="checkbox"/> Amerikanischer Indianer / Ureinwohner Alaskas (AI / AN) <input type="checkbox"/> Sonstige (nennen):					
Gibt es Grund zur Annahme, dass das Kind ein amerikanischer Indianer / Ureinwohner Alaskas ist? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Stamm-Status des Kindes: Wurde(n) der Stamm/die Stämme von dieser Anhörung unterrichtet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> NICHT ZUTREFFEND Empfehlungen vom Stamm/den Stämmen des Kindes oder LICWAC:					

**Unterbringung**

DERZEITIGER WOHSITZ DES KINDES

Zuhause     Nicht zuhause

ART DER UNTERBRINGUNG

- Zuhause der Adoptiveltern
- Gericht ordnete Unterbringung ohne behördliche Genehmigung an
- Justizvollzugsanstalt
- Wohnheim für familiäre Krisen
- Pflegefamilie / Aufnahmefamilie
- Gruppenunterbringung - Mitarbeiterwohnheim
- Wohnheim für Gruppen bei Krisen
- Gruppenunterbringung
- Krankenhaus
- Rehabilitation für Jugendliche
- Behördlich genehmigte Pflegefamilie oder Verwandter eines bestimmten Grades
- Behördlich genehmigte Pflegefamilie – Pate/Patin / Unterstützungsnetzwerk / Stammesverwandter / oder Verwandter keines bestimmten Grades
- Regionales Bewertungszentrum
- Regionales Wohnheim für Krisen
- Verwandter eines bestimmten Grades (der keine Zahlungen für Pflege erhält)
- Sicheres Wohnheim für Krisen
- Beaufsichtigtes unabhängiges Wohnen
- Therapeutische Pflegefamilie – BRS / CHAPS Contract MTSC

UNTERBRINGUNGSEMPFEHLUNG

Zuhause     Nicht zuhause

Unterbringungen insgesamt:

Gab es während dieses Überprüfungszeitraums eine Änderung bei der Unterbringung?  Ja     Nein  
 Wann und wie wurden die Eltern/der Elternteil über die Änderung bei der Unterbringung, die während dieses Überprüfungszeitraums erfolgte, informiert?

Wie viele Monate in Betreuung außer Haus?                      von

ICPC-STATUS

Gab es einen Unterbringungsplan außerhalb des Staates?  Ja     Nein  
 Wurde ein Antrag beim Aufnahmestaat gestellt?  Ja     Nein

Ist die derzeitige Unterbringung in der Nähe des Familienwohnorts?     Ja     Nein

Beschreiben Sie warum die empfohlene Unterbringung am geeignetsten, am wenigsten einschränkend und im besten Interesse des Kindes ist.

**Zusammenfassung des Falls**

NAME DES KINDES:	DATUM DES LETZTEN ARZTBESUCHS UND ZUR ÜBERPRÜFUNG DER SICHERHEIT
------------------	------------------------------------------------------------------

ZUSAMMENFASSUNG ZUM KIND

NAME DER MUTTER	
ZUSAMMENFASSUNG ZUR MUTTER <b>Dieser Abschnitt wird nicht an den Betreuer des Kindes weitergegeben.</b> In diesem Abschnitt sind vertrauliche Informationen zu Gesundheitsproblemen, psychologischen Behandlungen und Entziehungsmaßnahmen der Eltern erörtert.	
DIENSTLEISTUNGEN, DIE ZUVOR FÜR DIE MUTTER ANGEORDNET WURDEN	
EMPFEHLUNGENEN ZUR FESTSTELLUNG DER BEFOLGUNG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mit Vorbehalten	EMPFEHLUNGENEN ZUR FESTSTELLUNG DES FORTSCHRITTS <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mit Vorbehalten <input type="checkbox"/> Nein
NAME DES VATERS	
ZUSAMMENFASSUNG ZUM VATER <b>Dieser Abschnitt wird nicht an den Betreuer des Kindes weitergegeben.</b> In diesem Abschnitt sind vertrauliche Informationen zu Gesundheitsproblemen, psychologischen Behandlungen und Entziehungsmaßnahmen der Eltern erörtert.	
DIENSTLEISTUNGEN, DIE ZUVOR FÜR DEN VATER ANGEORDNET WURDEN	
EMPFEHLUNGENEN ZUR FESTSTELLUNG DER BEFOLGUNG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mit Vorbehalten	EMPFEHLUNGENEN ZUR FESTSTELLUNG DES FORTSCHRITTS <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mit Vorbehalten <input type="checkbox"/> Nein
<b>Besuchsrecht</b>	
Wann und wie wurden die Eltern/der Elternteil über die Änderung beim Besuchsrecht, die während dieses Überprüfungszeitraums erfolgte, informiert?	
<b>Planung einer dauerhaften Regelung</b>	
<b>Datum, an dem der aktuelle Plan angeordnet wurde:</b>	
PRIMÄRER PLAN <input type="checkbox"/> Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> In Obhut Dritter	ALTERNATIVER PLAN <input type="checkbox"/> Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> In Obhut Dritter
<b>Vorgesehener Plan für eine dauerhafte Regelung</b>	
PRIMÄRER PLAN <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Langfristige Betreuungsvereinbarung mit gerichtlicher Genehmigung <input type="checkbox"/> Unterbringungsvereinbarung bei Verwandten mit gerichtlicher Genehmigung <input type="checkbox"/> Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> Obhut Dritter RCW 26.10	ALTERNATIVER PLAN <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Vormundschaft <input type="checkbox"/> Langfristige Betreuungsvereinbarung mit gerichtlicher Genehmigung <input type="checkbox"/> Unterbringungsvereinbarung bei Verwandten mit gerichtlicher Genehmigung <input type="checkbox"/> Rückkehr nach Hause <input type="checkbox"/> Obhut Dritter RCW 26.10
Beschreiben Sie die zumutbaren Anstrengungen zur Wiederzusammenführung, einschließlich von Fortschritten, die gemacht wurden, um die Notwendigkeit einer Unterbringung zu verringern:	

Beschreiben Sie die Anstrengungen, um eine dauerhafte Regelung zu erreichen:		
Wurde ein Antrag auf Entziehung des elterlichen Sorgerechts gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wichtiger Grund warum kein Entziehungsantrag gestellt wurde:		
Erschwerende Umstände:		Datum der Feststellung:
<b>Suche nach Verwandten</b>		
Beschreiben Sie Bemühungen Verwandte aufzufinden, einschließlich von inner- und außerstaatlichen Unterbringungsoptionen und Geeignetheit der Optionen.		
<b>Suchanstrengungen</b>		
DATUM	SUCHART	ERGEBNISSE
<b>Suchergebnis</b>		
KONTAKTDATUM	KONTAKTERGEBNISSE	
NAME		BEZIEHUNG ZUM KIND
<b>Fallhintergrund</b>		
Anstrengungen, Unterbringung außerhalb zuhause zu vermeiden:		
Beschreiben Sie die Art und das Ausmaß der Misshandlung oder Familiensituation.		
Beschreiben Sie die begleitenden Umstände der Misshandlung oder Familiensituation.		
<b>Informationen zu Beteiligten / Rechtsvertretern</b>		
NAME DER MUTTER	TELEFONNUMMER	NAME DES RECHTSANWALTS

ADRESSE		TELEFONNUMMER
NAME DES VATERS	TELEFONNUMMER	NAME DES RECHTSANWALTS
ADRESSE		TELEFONNUMMER
MUTMASSLICHER NAME DES VATERS	TELEFONNUMMER	NAME DES RECHTSANWALTS
ADRESSE		TELEFONNUMMER
VERMEINTLICHER NAME DES VATERS	TELEFONNUMMER	NAME DES RECHTSANWALTS
ADRESSE		TELEFONNUMMER
NAME DES VORMUNDS / GERICHTLICH ERNANNTEN FÜRSPRECHERS		TELEFONNUMMER
ADRESSE		
NAME DES RECHTSANWALTS DES KINDES		TELEFONNUMMER
ADRESSE		
NAME DES GERICHTLICH ERNANNTEN SOZIALARBEITERS	TELEFONNUMMER	NAME DES RECHTSANWALTS
ADRESSE		TELEFONNUMMER
NAME DES SOZIALARBEITERS EINER SONSTIGEN BEHÖRDE		TELEFONNUMMER
ADRESSE		
NAMEN VON WEITEREN PARTEIEN ZU DEM FALL	TELEFONNUMMER	NAME DES RECHTSANWALTS
ADRESSE		TELEFONNUMMER
<b>Anhänge</b>		
<input type="checkbox"/> Besuchsplan <input type="checkbox"/> Ausbildungsplan <input type="checkbox"/> Plan zum unabhängigen Wohnen <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Dienstleistungsplan <input type="checkbox"/> CHET <input type="checkbox"/> Status als Ureinwohner Amerikas		
Kopien dieses Gerichtsberichts müssen den Eltern bzw. deren Rechtsanwälten und Jugendlichen im Alter von 12 Jahren oder älter und ihren Rechtsanwälten zur Verfügung gestellt werden, falls sie vertreten werden. Gerichtlich ernannter Sozialarbeiter bestätigt, dass Kopien dieses Gerichtsberichts den Personen an den oben genannten Daten zur Verfügung gestellt wurden.		



**Empfohlene Dienstleistungen und Aufgaben**

Empfohlene Verantwortlichkeiten der Behörde:

Empfohlene Verantwortlichkeiten des Betreuers:

Empfohlene Dienstleistungen und Aufgaben für die Mutter :

Weitere Dienstleistungen, die derzeit bereitgestellt / empfohlen werden:

Empfohlene Dienstleistungen und Aufgaben für den Vater :

Weitere Dienstleistungen, die derzeit bereitgestellt / empfohlen werden: