

Verteiler:	erhalten am:
ASD	
Eltern	
Schule	
Ki-We-Ra	

**Übergabeprotokoll bei Beendigung der Betreuung
Kinder im Zentrum Hilfen zur Erziehung und offene Ganztagsgrundschule
Caritasverband Remscheid e.V. und Heinrich-Neumann-Schule**

Name:	Telefonnummer:
Str.:	Ort: Remscheid
Fallführung KIZ:	
Name:	Tel.:
Fallführung ASD	
Name:	Tel.:
Dauer der Hilfe:	
Von:	Bis:

Weiterführende Hilfe eingeleitet?	Oder schon begonnen?	Befristung?
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Datum:	Datum:

Absprachen mit ASD:	
Absprachen mit Eltern:	
Absprachen mit Schule:	
Absprachen mit KIZ.: _____ _____	
Kooperationspartner (mit Telefonnummer):	
Absprachen mit Kooperationspartner: _____ _____	
Weitere gemeinsame Termine vereinbart (Eltern-KIZ)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Datum:	Verantwortlicher für Nachfragen:
Sonstiges: _____	
Zeitpunkt Überprüfung:	
Wer überprüft Vereinbarungen?	

Einstiegssituation(Ziele aus Bericht zum Antrag auf HZE, aus psychosozialer Diagnose, aus JHK-Protokoll, aus Protokoll des 1.HPG
- Ziele: -

Beendigungsgrund:	Grund:
regulär <input type="checkbox"/> irregulär <input type="checkbox"/>	

Unterstützung/Zustimmung weiterführende Hilfe beim ASD?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
---	---

Prognose (in Bezug auf weiterführende Hilfe) :

Unterstützung/Zustimmung weiterführende Hilfe bei den Eltern?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
---	---

Unterstützung/Zustimmung weiterführende Hilfe in der Schule?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	---

Unterstützung/Zustimmung weiterführende Hilfe von KIZ?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	---