**Auftrag für einen Einsatz als Schlüsselperson**

**Auftraggeberin / Auftraggeber**

Institution

Ansprechperson

Strasse

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

**Zu unterstützende Person(en)**

Vorname, Name

Vorname, Name (Ehepartner)

Vorname, Name (Kinder)

Geburtsdatum (Kinder)

Strasse

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

Herkunftsland

Sprache

[ ]  Ist über den Auftrag informiert und einverstanden, eine Schlüsselperson mit einzubeziehen.

**Gewünschte Schlüsselperson**

[ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  egal

Sprache, Herkunftsland

**Ausgangslage** *(kurze Darstellung der Situation und weshalb eine Schlüsselperson zum Einsatz kommen soll)*

**Ziele** *(Erwartungen an Gesprächsverlauf etc.)*

**Zeitrahmen des Einsatzes** *(voraussichtliche Dauer des Einsatzes, wiederkehrend oder einmalig; Datum / Zeit)*

**Bemerkungen**

*(Falls weitere unterstützende Personen / Institutionen involviert sind und bekannt gegeben werden dürfen, bitte hier angeben.)*

**Das Formular senden an: maria.matter@moosseedorf.ch**

**Bei Fragen melden Sie sich unter: 079 190 61 09**

*Nachfolgende Felder werden durch die Koordinationsverantwortliche des Projekts Schlüsselpersonen ausgefüllt!*

**Datum Auftragseingang**

**Auftrag erteilt an**

Vorname, Name

Strasse

PLZ / Ort

E-Mail

Telefon

Ort, Datum

**Bemerkungen**