**Rechenschaftsbericht**

**Erwachsenenschutz**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Betroffene Person:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** |  |
| **Vorname:** |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Heimatort:  Gesetzlicher Wohnsitz: |  |
| Adresse / Aufenthaltsort: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MandatsträgerIn:** | …………………………………………………………… | |
| Massnahme nach aktueller Ernennungsurkunde:  Begleitbeistandschaft (Art. 393 ZGB)  Vertretungsbeistandschaft (Art. 394)  Vertretungsbeistandschaft (Art. 394/395 ZGB)  Mitwirkungsbeistandschaft (Art. 396 ZGB)  umfassende Beistandschaft (Art. 398 ZGB) | |  | |
| Ordentliche Rechnungsanlage  Inkl. allen Belegen  Erleichterte Rechnungsablage  (Art. 420 ZGB) | ja  nein  ja  nein | | | |
| Berichtsperiode: | vom …………..…………. bis …………..……………. | | | |

|  |
| --- |
| Periode von – bis, Eingabeformat tt.mm.jjjj |

**Persönliche Verhältnisse der betroffenen Person**

1. **Kontakt zwischen Beistand/Beiständin zur betroffenen Person:**
   1. **Art des Kontakts:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Es besteht ein verwandtschaftliches Verhältnis zur betroffenen Person  ja  nein  Wenn ja, welches:……………………………………………………….. |
|  |  |

* 1. **Häufigkeit des Kontakts:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Es besteht ein intensiver Kontakt zwischen Beistand/Beiständin und betroffener Person (häufiger als einmal pro Monat) |
|  | Es besteht ein regelmässiger Kontakt (zwischen 1x/Monat bis 1x/Quartal) |
|  | Es besteht kaum Kontakt (1 bis 2x pro Jahr) |

1. **Wohnsituation / Betreuung**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mietwohnung |
|  | Haus / Eigentumswohnung |
|  | Wohn- / Alters- / Pflegeheim |
|  | andere Wohnform  ………………………………………………………………………………….. |
|  | wohnt allein |
|  | braucht externe Betreuung (z.B. durch Spitex etc.) |

Zusätzliche Bemerkungen:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Gesundheit**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Keine besonderen Vorkommnisse während der Berichtszeit |
|  | Gesundheitliche Probleme: …………………………………………………… |
|  | Zahnärztliche Behandlungen:…………………………………………………. |
|  | Therapien:………………………………………………………………….……. |
|  | Klinik/Spitalaufenthalte (wann, wo):………………………………………..…. |

Zusätzliche Bemerkungen:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Arbeit / Ausbildung / Beschäftigung / Tagesstruktur**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Erwerbstätig als:………..………………………………………………………. |
|  | Nicht erwerbstätig |
|  | Rentner/in (AHV oder IV) |
|  | Tagesstruktur gegeben (Beschäftigung) |
|  | Ohne Tagesstruktur oder teilweise Tagesstruktur |

Zusätzliche Bemerkungen:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Umwelt / Kontakte / Beziehungen**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stützendes Umfeld |
|  | Eingeschränkte Verbindung zur Umwelt möglich |
|  | Kontakte zu Angehörigen und Betreuungspersonen |
|  | Freizeitinteressen:………………………………………………………………… |

Zusätzliche Bemerkungen:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Zustimmungsbedürftige Geschäfte nach Art. 416 ZGB**

Wurden in der Berichtsperiode zustimmungsbedürftige Geschäfte getätigt?  ja  nein

Wenn ja, welche: ………………………………………………………………………………………

Wurden diese bereits von der KESB genehmigt? ?  ja  nein

Zusätzliche Bemerkungen:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. **Ausblick**
   1. **Budget neue Rechnungsperiode**

Fallen in der nächsten Rechnungsperiode zusätzliche Kosten/Ausgaben/Einnahmen an?  
Falls ja, welche?  
………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

* 1. **Mandatsführung/Anträge**

Die Massnahme ist meines Erachtens

|  |  |
| --- | --- |
|  | unverändert weiterzuführen |
|  | wie folgt anzupassen: Aufhebung / Anpassung (Begründung):  ………………………………………………………………………………………………..………  ………………………………………………………………………………………………………… |

Weitere Mandatsführung:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ich/Wir stehen weiterhin zur Verfügung |
|  | Ich/Wir möchte/n das Mandat gelegentlich abgeben. Bitte kontaktieren Sie mich/uns. |
|  |  |

Für die Arbeit im Rahmen der Beistandschaft beantrage(n) ich/wir folgende Mandatsträgerentschädigung:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Es wird die **Pauschale** geltend gemacht |
|  | Es werden **zusätzlich Entschädigungen** für ausserordentliche Leistungen geltend gemacht. Effektiver zeitlicher Aufwand überstieg den ordentlichen Zeitaufwand (es sind mehr als 48 Stunden/pro Berichtsperiode angefallen). Es ist ein Nachweis zu erbringen. (-> siehe Merkblatt Mandatsentschädigung und Spesen, Anhang 20)  Begründung  Haushaltsauflösung / Umzug in andere Unterkunft  Vorbereitung und Antragstellung von Rechtsgeschäften nach  Art. 416/417 ZGB  Liegenschafts- und/oder Grundstücksverkauf  Regelung von Erbangelegenheiten  weitere Aufgaben mit Zustimmung der KESB  andere Gründe gemäss Antrag |
|  | Es werden zusätzlich **Spesen** (Fahrspesen/Barauslagen) geltend gemacht:  Fahrspesen: …….km à Fr. 0.75 = Total Fr. …………….  Barauslagen gemäss Quittungen: Total Fr. …………….. |
|  | Ich **verzichte** auf eine Entschädigung |

Ort, Datum:………………………………………. …………………………………………………  
 Unterschrift privater Mandatsträger /

privater Mandatsträgerin

* 1. **Hat die betroffene Person in den Bericht Einsicht nehmen können?**

Ja,

……………………………………………..….

Ort, Datum

…………………………………………………  
Unterschrift betroffene Person

Nein, die betroffene Person versteht den Inhalt des Berichtes nicht.