

Antrag auf

- Erteilung einer Pflegeerlaubnis gem. § 43 SGB VIII**
 Aufnahme in die Vermittlung von Tagespflegekindern

Persönliche Daten der Tagespflegeperson

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Anschrift: Straße + Hausnummer	Postleitzahl, Wohnort	Ortsteil	
Telefon	Fax	E-Mail	
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit	

Renten- und Unfallversicherung (Bitte aktuelle Nachweise in Kopie beilegen, sofern diese dem Jugendamt noch nicht vorliegen.)

<p>Eine Rentenversicherung besteht</p> <p><input type="checkbox"/> ja bei _____ Höhe des mtl. Beitrages: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Eine Unfallversicherung besteht</p> <p><input type="checkbox"/> ja bei _____ Höhe des mtl. Beitrages: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
--	--

Besteht eine Haftpflichtversicherung?

<p>Eine Haftpflichtversicherung besteht</p> <p><input type="checkbox"/> ja bei _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>

Qualifikation der Tagespflegeperson

Schulbildung		
Berufsausbildung (bitte Ausbildungsabschluss in Kopie nachweisen)		
Zuletzt ausgeübter Beruf	Bei Arbeitgeber	Tätigkeit bis wann
<p>Haben Sie bereits Erfahrung in der Tagespflege</p> <p><input type="checkbox"/> ja seit wann? _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Haben Sie bereits einen Tagespflegerqualifizierungskurs absolviert? (ggfs. Zertifikat in Kopie beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja im Jahr _____ bei _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	

Persönliche Daten der im Haushalt lebenden Personen

a) Ehepartner / Lebenspartner

Name, Vorname		Geburtsdatum
Familienstand	Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit
Erlerner Beruf	Ausgeübter Beruf	Arbeitgeber

b) Kinder

Name, Vorname	Geburtsdatum	Aufenthalt
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushaltes lebend
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushaltes lebend
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushaltes lebend
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushaltes lebend

c) weitere im Haushalt lebende Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Angaben zur Wohnsituation

<input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> eigenes Haus <input type="checkbox"/> mit Garten	
Anzahl der Zimmer:	Wohnfläche in qm:
Bestehen Schlafmöglichkeiten für die Tagespflegekinder?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> im eigenen Zimmer
Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche?	
Bestehen Spielmöglichkeiten im / am Haus?	
Wird in Ihrem Haushalt geraucht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Angaben zum Betreuungsangebot

Wieviele Tagespflegeplätze möchten Sie zukünftig anbieten?		Anzahl Plätze:	
Für Kinder welcher Altersgruppen?		An welchen Wochentagen möchten Sie eine Betreuung anbieten?	
<input type="checkbox"/> 0 – 2 Jahre	Anzahl Plätze: _____	Mo von _____ bis _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> 3 – 6 Jahre	Anzahl Plätze: _____	Di von _____ bis _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> 7 – 10 Jahre	Anzahl Plätze: _____	Mi von _____ bis _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> ab 11 Jahre	Anzahl Plätze: _____	Do von _____ bis _____ Uhr	
<input type="checkbox"/> altersunabhängiges Platzangebot		Fr von _____ bis _____ Uhr	
		Sa von _____ bis _____ Uhr	
		So von _____ bis _____ Uhr	
Die Betreuung des Kindes kann erfolgen:		Erfolgt die Betreuung auch in der Ferienzeit?	
<input type="checkbox"/> im Haushalt des/der Tagespflegekindes/r		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> im eigenen Haushalt			
<input type="checkbox"/> in anderen Räumlichkeiten:			
Soll die Betreuung der Kinder länger als 3 Monate erfolgen?		In welcher Höhe wird ein Entgelt erhoben?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		1 Kind: _____ € / Stunde	
		weitere Kinder _____ € / Stunde	
Welche Kinder werden derzeit von Ihnen betreut bzw. sollen zukünftig von Ihnen betreut werden?			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Zeitraum der Betreuung	Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis zum Kind
			<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> ja
			<input type="checkbox"/> ja
Welche Kinder würden Sie aufnehmen?			
<input type="checkbox"/> Mädchen		<input type="checkbox"/> Jungen	
		<input type="checkbox"/> egal	
Steht während der Betreuung ein Auto zur Verfügung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten aktemmäßig erfasst und elektronisch gespeichert werden. Diese Unterlagen dürfen im Rahmen der Vermittlung eines Kindes an andere Abteilungen des Jugendamtes weitergegeben werden.

Ich bin/Wir sind im Einzelfall bereit, mein unser Einverständnis zur Weitergabe der Daten an andere Vermittlungsstellen zu geben.

Mir/Uns ist bekannt, dass die zuständigen Fachkräfte im Rahmen von kollegialem Austausch und Supervision meine/unsere personenbezogenen Daten verwenden und familiäre Zusammenhänge benennen.

Bei der Vermittlung eines Kindes werde ich/werden wir persönliche Angaben des Kindes und der Herkunftsfamilie durch die Vermittlungsstelle und ggf. andere Stellen erfahren. Ich verpflichte mich/Wir verpflichten uns, diese Angaben nicht an Dritte (auch nicht an Verwandte) weiterzugeben (siehe Sozialgesetzbuch X- SGB- Schutz der Sozialdaten. ~ 67 ff. insbesondere § 78 SGB X).

§ 78 SGB X: Personen oder Stellen, denen personenbezogene Daten oder Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse offenbart ~worden sind dürfen diese nur zu dem Zweck verwenden, zu dem sie Ihnen befugt offenbart worden sind

<p>Ort, Datum</p>	<p>Unterschrift der antragstellenden Person</p>
-------------------	---

Dem ausgefüllten Fragebogen fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

- Erweitertes Führungszeugnis (zur Vorlage bei einer Behörde) aller im Haushalt gemeldeten volljährigen Personen (kostenlos bei der zuständigen Stadt und Gemeinde)
- Ärztliches Attest des Hausarztes (psychisch und physisch)
- Teilnahmebescheinigung einer Qualifizierungsmaßnahme für Tagespflegepersonen (min. über 160 Stunden) oder Nachweis über die Ausbildung in einem erzieherischen Beruf
- Bescheinigung Erste-Hilfe-Kurs am Kind (Die Bescheinigung darf nicht älter als zwei Jahre sein)
- Konzeption der geplanten Tagespflege

- zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Wesermarsch -

Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

Name und Anschrift der Tagespflegeperson

Gesundheitliche Beeinträchtigungen ja nein

Suchterkrankungen ja nein

Psychische Erkrankungen ja nein

Andere Erkrankungen

Ärztlicher Untersuchungsbogen

Aus ärztlicher Sicht bestehen keinerlei Bedenken gegen die Ausübung der Tagespflege Tätigkeit.

Datum

Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin