

Antrag auf Erteilung einer Pflegerlaubnis gem. § 43 SGB VIII

Persönliche Daten der Tagespflegeperson	
Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Straße, Haus Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon / Fax	
E-Mail	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit/ Religionszugehörigkeit	

Qualifikation der Tagespflegeperson	
Schulbildung	
Berufsausbildung	
Zuletzt ausgeübter Beruf	bei: bis:

Haben Sie bereits einen Tagespflegequalifizierungskurs absolviert ?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, im Jahr	bei:
Haben Sie bereits Erfahrungen in der Tagespflege ?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, seit	in:

(Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Ausbildungsabschlusses sowie Ihr Zertifikat zur Tagespflege dem Antrag bei)

Persönliche Daten der im Haushalt lebenden Personen

a) Ehepartner / Lebenspartner	
Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit/ Religionszugehörigkeit	
Erlerner Beruf	
Ausgeübter Beruf	
Arbeitgeber	

b) Kinder		
Name, Vorname	Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushalts lebend
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushalts lebend
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushalts lebend
		<input type="checkbox"/> im Haushalt lebend <input type="checkbox"/> außerhalb des Haushalts 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:		
Bestehen Schlafmöglichkeiten für die Tagespflegekinder ?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Haustiere ?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Bestehen Spielmöglichkeiten im / am Haus ?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Wird im Haushalt geraucht ?			<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Angaben zum Betreuungsangebot

Wie viele Tagespflegeplätze möchten Sie zukünftig anbieten?		Anzahl:
Für Kinder in der Altersgruppe?	<input type="checkbox"/> 0 - 2 Jahre	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> 3 - 6 Jahre	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> 7 - 10 Jahre	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ab 11 Jahre	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> altersunabhängiges Platzangebot	
An welchen Wochentagen möchten Sie eine Betreuung anbieten?	<input type="checkbox"/> Montag	Uhr - Uhr
	<input type="checkbox"/> Dienstag	Uhr - Uhr
	<input type="checkbox"/> Mittwoch	Uhr - Uhr
	<input type="checkbox"/> Donnerstag	Uhr - Uhr
	<input type="checkbox"/> Freitag	Uhr - Uhr
	<input type="checkbox"/> Samstag	Uhr - Uhr
	<input type="checkbox"/> Sonntag	Uhr - Uhr
Erfolgt die Betreuung auch in der Ferienzeit?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Soll die Betreuung länger als 3 Monate erfolgen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welcher Höhe wird ein Entgelt erhoben?		€
Betreuungsort	<input type="checkbox"/> im Haushalt des Kindes / der Eltern <input type="checkbox"/> im Haushalt /Räumen der Kindertagespflegeperson <input type="checkbox"/> in angemieteten Räumen <input type="checkbox"/> in der Großtagespflegestelle	

Welche Kinder werden derzeit von Ihnen betreut bzw. sollen zukünftig betreut werden?

Name, Vorname	Geburtsdatum	Zeitraum der Betreuung	Besteht ein Verwandtschafts-verhältnis zum Kind?
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

Versicherungen (Bitte aktuelle Nachweise beilegen)		mtl. Beitrag
Eine Rentenversicherung besteht	<input type="checkbox"/> bei:	€
	<input type="checkbox"/> nicht	

Eine Unfallversicherung besteht	<input type="checkbox"/> bei:	€
	<input type="checkbox"/> nicht	

Eine Haftpflichtversicherung besteht	<input type="checkbox"/> bei:	€
	<input type="checkbox"/> nicht	

Bankverbindung	
Vor- / Nachname des Kontoinhabers	
IBAN	
BIC	
Bankinstitut	

Erklärung

Ich versichere, dass die Angaben in dem vorstehenden Fragebogen in allen Punkten der Wahrheit und meiner derzeitigen Lebenssituation entsprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten aktenmäßig erfasst und elektronisch gespeichert werden. Diese Unterlagen dürfen im Rahmen der Vermittlung eines Kindes an andere Abteilungen des Jugendamtes weitergegeben werden. Ich bin im Einzelfall bereit, mein Einverständnis zur Weitergabe der Daten an andere Vermittlungsstellen zu geben.

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

Ort, Datum, Unterschrift d. Antragsteller/s

Zur Vorlage beim Jugendamt des Landkreises Wesermarsch

Behandelnde Arzt /Ärztin

Name, Vorname		
Straße, Haus Nr.		
PLZ, Wohnort		

Tagespflegeperson

Name, Vorname		
Straße, Haus Nr.		
PLZ, Wohnort		

Gesundheitliche Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Masernimpfschutz liegt vor	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
----------------------------	-------------------------------	-----------------------------

Andere Erkrankungen / Bemerkungen

Aus Ärztlicher Sicht bestehen gegen die Ausübung der Tagespflegetätigkeit

keine Bedenken

Bedenken

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift des behandelnden Arztes / Ärztin