

## Vermittlungsauftrag

Betreuung in der Kindertagespflege (§23 SGB VIII)



**Hennef**  
DER BÜRGERMEISTER

**Beratungsgespräch am:** \_\_\_\_\_

**Vertrag gewünscht zum:** \_\_\_\_\_ (Betreuungsbeginn ist immer der 1. eines Monats)

Hinweis: Mit dem Vertragsbeginn startet die Eingewöhnung. Diese ist individuell und orientiert sich an den Bedürfnissen des Kindes. Mir/ uns ist bewusst, dass ich/ wir ausreichend Zeit (voraussichtlich 4 Wochen) einplanen.

### Gewünschte Betreuungsform:

- Betreuung im Haushalt einer selbständigen Kindertagespflegeperson  
 Betreuung in einer Großtagespflegestelle (maximal 9 Kinder)

### Gewünschte Betreuungszeit:

Montag: \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Stundenanzahl  
Dienstag: \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Stundenanzahl  
Mittwoch: \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Stundenanzahl  
Donnerstag: \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Stundenanzahl  
Freitag: \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr \_\_\_\_\_ Stundenanzahl  
\_\_\_\_\_ **Gesamtstunden**

### Gewünschte Ortsteile:

### Angaben zum Kind:

Nachname, Vorname	_____ m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Geburtsdatum und -ort	_____
Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	_____

Impfberatung durch Kinderarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Impfstatus des Kindes?	_____	
Nachweis über Masernimpfung liegt der Kindertagespflegeperson vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, wird noch vorgelegt bis zum: _____
Allergien in der Familie?	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es bei Ihrem Kind Unverträglichkeiten bei Nahrungsmitteln?	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
	Auswirkungen: _____	
Sind bei Ihrem Kind sonstige Krankheiten bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Haustiere in der Betreuung erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein
Sind sie mobil?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Angaben zu den Erziehungsberechtigten:**

	1. Erziehungsberechtigte*r: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>	2. Erziehungsberechtigte*r: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
Nachname, Vorname		
Ausländische Herkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburtsdatum und -ort*		
Aktuelle Anschrift		
Telefon privat		
Telefon mobil		
Email-Adresse*		
Familienstand		
Angaben zur Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> arbeitssuchend
Arbeitsort		

**Benachrichtigungen**

Über den aktuellen Bearbeitungsstand meiner Vermittlung kann ich / können wir uns bei den Fachberatungen der Tagespflege informieren.

**Weitergabe der Daten**

Hiermit erkläre ich mich/ wir uns einverstanden, dass die oben erfassten Daten zum Zweck der Vermittlung an die Kindertagespflegepersonen/ Kindertagespflegestellen weitergegeben werden darf. Zum Zweck der besseren Kommunikation (Dolmetscher/ Integrationshilfe etc.) erkläre ich mich/ wir uns damit einverstanden das folgende Person als Kontaktperson zur Verfügung steht.

Nachname, Vorname:	
Telefon:	

Ich / Wir stimme(n) zu, dass die oben eingetragenen Angaben zur weiteren Bearbeitung meines/unseres Antrags, sowie im Rahmen der Jugendhilfeplanung elektronisch erfasst und verarbeitet werden.

**Ich / Wir versichere(n), dass die von mir/ uns gemachten Angaben vollständig und richtig sind.**

**Datum, Unterschrift 1. Erziehungsberechtigte\*r** \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift 2. Erziehungsberechtigte\*r** \_\_\_\_\_

**Beratung: Datum, Unterschrift Fachberatung Kindertagespflege** \_\_\_\_\_