

Vermittlungsbogen für Kinder in Kindertagespflege

Angaben zur Person

Name des Kindes	
Geburtsdaten des Kindes	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Namen, Vornamen der Eltern	
PLZ, Ort, Ortsteil, Straße	
Telef./Mobil/Fax/E-mail	

Angaben die für die Vermittlung (§ 23 SGB VIII) benötigt werden

Gewünschter Typ der Tagesbetreuung	<input type="checkbox"/> im Haushalt der Tagespflegeperson (Tagesmutter) <input type="checkbox"/> in unserem eigenen Haushalt (Kinderfrau)		
Betreuungsbeginn/-ende			
Betreuungszeiten		von	bis
	Montag		
	Dienstag		
	Mittwoch		
	Donnerstag		
	Freitag		
	Samstag		
	Sonntag		
Wöchentliche Gesamtbetreuungszeit			
Mindestanforderung an die Qualifikation der TPP	<input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Fachkraft <input type="checkbox"/> Abgeschlossene Tagesmutterqualifizierung <input type="checkbox"/> Keine besonderen Anforderungen		
Gewünschte Verpflegung während der Betreuungszeit	<input type="checkbox"/> Frühstück <input type="checkbox"/> Mittagessen <input type="checkbox"/> Abendessen <input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeiten		

Haben Sie besondere Wünsche im Bezug auf die Ernährung?	
Bestehen bei ihrem Kind gesundheitliche Beeinträchtigungen (Allergien, Behinderungen, sonstige Erkrankungen) ?	
Welche Wünsche haben Sie im Bezug auf andere Kinder im Haushalt der TPP?	
Sind Haustiere für Sie und ihr Kind akzeptabel?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Sollte es ein Nichtraucherhaushalt sein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Wünsche an die Wohnung und Umgebung	
In welchem Ort oder Ortsteil sollte die Tagesmutter die Betreuung anbieten?	
Regelung bei Ausfall der Tagesbetreuungsperson	
Sonstiges	

Angaben die an das Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in anonymisierter Form weiter gegeben werden (gem. §§ 98 ff SGB VIII)

Ausländisches Herkunftsland eines Elternteil/ beider Eltern (nicht: Staatsangehörigkeit)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ja
Vorrangig in der Familie gesprochene Sprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere Sprache
Verwandtschaftsverhältnis zur Pflegeperson (bis zum 3. Grad)	<input type="checkbox"/> verwandt <input type="checkbox"/> nicht verwandt
Wird eine öffentliche Förderung gewährt oder beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Besucht ihr Kind zusätzlich zu dieser Tagespflege	<input type="checkbox"/> Eine Einrichtung der Kindertagesbetreuung (Krippe, Kindergarten, Hort, altersgemischte Einrichtung) <input type="checkbox"/> Ein weiteres Tagespflegeverhältnis <input type="checkbox"/> Eine Ganztagschule <input type="checkbox"/> Keine andere Betreuung

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben vom Jugendamt der Stadt Königswinter elektronisch gespeichert werden und zum Zwecke der Vermittlung eines Tagespflegeverhältnisses an Tagespflegepersonen weitergegeben werden dürfen. Das Jugendamt der Stadt Königswinter garantiert die vertrauliche Behandlung aller Angaben und handelt nach den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen.

Datum

Unterschrift