



● ● ● ● ● **Der Kreisausschuss**

Betreuungsplatzanfragen

Liebe Eltern,

gerne möchten wir Sie bei Ihrer Suche unterstützen.

Um Ihre Anfrage bezgl. eines Betreuungsplatzes für Ihr/e Kind/Kinder bearbeiten zu können und Ihnen ein bedarfsgerechtes Angebot zu unterbreiten, bitten wir Sie das nachfolgende Formular vollständig auszufüllen und an das zuständige Kindertagespflegebüro so schnell wie möglich zurückzusenden.

Kontaktdaten Kindertagespflegebüros:

Oberhessisches Diakoniezentrum Johann-Friedrich-Stift

Ansprechperson: Frau Heigl

Schottener Str. 2, 35321 Laubach

Tel.: 06405 827 160

E-Mail: kindertagespflege@oberhess-diakonie.de

Fax: 06405 3907

Für die Regionen: Grünberg, Hungen, Laubach, Lich

Eltern helfen Eltern e.V.

Ansprechperson: Frau Rinn

Rooseveltstr. 3, 35394 Gießen

Tel.: 0641 3012579

E-Mail: c.rinn@ehe-giessen.de

Fax: 0641-3012578

Für die Regionen: Biebertal, Heuchelheim, Langgöns, Linden, Wettenberg, Pohlheim

Katholische Familienbildungsstätte

Ansprechperson: Frau Fritz

Bismarckstr. 41, 35418 Buseck

Tel.: 06408 501153

E-Mail: tagespflege@fbs-buseck.de

Fax: 06408 7891

Für die Region: Allendorf, Buseck, Fernwald, Lollar, Rabenau, Reiskirchen,

Staufenberg



Kontaktformular

DATEN KIND/KINDER	
Name, Vorname Kind 1:	
Geb.datum, Geb.ort:	
Kind lebt bei:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Besonderheiten/Krankheiten/ Allergien etc.:	
Integrations-Kind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad der Behinderung:
Betreuungsumfang:	Uhrzeit von: Uhrzeit bis: Wochentage: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So Wöchentlich gleichbleibend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Noch nicht bekannt Betreuung gewünscht ab (Datum): Betreuung gewünscht bis (Datum):
Gewünschter Betreuungsort:	
Alternativ erreichbarer Ort:	
Name, Vorname Kind 2:	
Geb.datum, Geb.ort:	
Kind lebt bei:	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater
Besonderheiten/Krankheit/ Allergien etc.:	
Integrations-Kind:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Grad der Behinderung:
Betreuungsumfang:	Uhrzeit von: Uhrzeit bis: Wochentage: <input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So Wöchentlich gleichbleibend: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Noch nicht bekannt Betreuung gewünscht ab (Datum): Betreuung gewünscht bis (Datum):
Gewünschter Betreuungsort:	
Alternativ erreichbarer Ort:	



Der Kreisausschuss

Beruf:	
In Anstellung:	Arbeitgeber: Arbeitszeit von: bis: Schichtarbeit: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In Ausbildung:	Ausbildungsbetrieb: Arbeitszeit von: bis: Ausbildungsbeginn: voraussichtliches Ausbildungsende:
Im Studium:	Studienort: Studienbeginn: voraussichtliches Studienende:
In Elternzeit:	von: bis:
Arbeitslos/arbeitssuchend:	seit:
Mobilität: PKW vorhanden: Öffentliche Verkehrsmittel:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sorgerecht:	
bei Mutter	<input type="checkbox"/>
bei Vater	<input type="checkbox"/>
beide Elternteile	<input type="checkbox"/>
andere Person	<input type="checkbox"/>

Kindertagesstätte	
Wurde das Kind auf eine Warteliste gesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist das Kind in einer KITA angemeldet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
KITA 1: Name: Ort:	
Voraussichtliche Aufnahme ab:	
Ist eine schriftliche Absage der KITA vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
KITA 2: Name: Ort:	
Voraussichtliche Aufnahme ab:	
Ist eine schriftliche Absage der KITA vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Der Kreisausschuss

Kindertagespflege	
Wurde ein Kindertagespflegebüro kontaktiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, welches?	<input type="checkbox"/> Oberhessisches Diakoniezentrum Johann-Friedrich-Stift <input type="checkbox"/> Eltern helfen Eltern e.V. <input type="checkbox"/> Katholische Familienbildungsstätte
Betreuungsplatz vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja, ab _____ <input type="checkbox"/> Nein
Kindertagespflegeperson: Wurde schon mit einer Tagesmutter/ Tagesvater Kontakt aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hiermit bestätige Ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Hiermit erteile/n ich/wir die Erlaubnis zur Erhebung und Speicherung zweckgebundener Daten für die Suchanfrage meines Kindes/meiner Kinder für das Netzwerk Kindertagespflege. Wenn Sie diese Daten absenden, stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten gemäß der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zu.

Die Antragsteller wurden über das Erfordernis der Datenweitergabe zur Einlösung des Rechtsanspruchs gem. § 24 SGB VIII an andere Träger von Einrichtungen, das Kindertagespflegebüro und den zuständigen Jugendhilfeträger informiert und haben ihr Einverständnis erklärt.

Die Antragsteller sind mit einer Datenweitergabe nicht einverstanden und wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass dies die Vermittlung eines Betreuungsplatzes erheblich behindert und ggf. die Durchsetzung des Rechtsanspruchs gem. § 24 SGB VIII verhindert.

Datum, Ort

Unterschrift Mutter

Unterschrift Vater