



Bundesverband  
behinderter Pflegekinder e.V.

## Ihre Bewerbung

Sie möchten gerne ein Pflegekind aufnehmen, das durch seine chronische Erkrankung oder Behinderung besonders hilfsbedürftig ist. Durch sein Dasein und seine Bedürfnisse wird es Ihren Alltag auf besondere Art und Weise neu gestalten. Gleichzeitig bieten Sie ihm die Chance, in familiärer Geborgenheit aufzuwachsen, Bindungen einzugehen und sich zu entwickeln.

Mit diesem Bewerbungsbogen bitten wir Sie, uns Gelegenheit zu geben, Sie und Ihre Motivation näher kennenzulernen. Als Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V. unterstützen wir bundesweit Jugendämter bei der Vermittlung von Kindern mit einem besonderen Betreuungsbedarf. Wir treten dabei nicht selbst als Vermittler auf, sondern verstehen uns als Unterstützer und leisten Hilfestellung. Die Entscheidung, ein Pflegekind zu vermitteln, liegt immer im Ermessen und in der Verantwortung des jeweiligen Jugendamtes. Darauf haben wir keinen Einfluss und haften auch nicht für Folgen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen (mit einem schwarz schreibenden Stift) – eventuell gemeinsam mit Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin – in Ruhe aus. Wir benötigen außerdem die am Ende aufgeführten Unterlagen als Ergänzung. Alle Daten, die Sie uns mitteilen, verwenden wir ausschließlich dafür, um die Vermittlung behinderteter Pflegekinder zu unterstützen. Mit der Rücksendung des Fragebogens geben Sie uns die Erlaubnis, Ihre Bewerbung an das zuständige Jugendamt weiterzuleiten. Darüber werden Sie vorher von uns informiert.

Schon jetzt möchten wir uns ganz herzlich für Ihr Engagement bedanken und wünschen Ihrer Lebensidee gutes Gelingen!

Ihre

i.A.

Sonja Kappelt

Zurück an:

*Bundesverband behinderter Pflegekinder e.V.*

*Kirchstraße 29*

*26871 Papenburg*

<p><i>Eingangsstempel</i></p> <p><i>(von BbP auszufüllen)</i></p>
---

**Verantwortliche Hauptpflegeperson:**

Familienname: ..... Geburtsname: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Erlerner Beruf: ..... Geschlecht:  weiblich  männlich

Ausgeübte Tätigkeit: .....

Straße /PLZ/Ort: .....

Bundesland: .....

Mobiltelefon: ..... Telefon: .....

E-Mail-Adresse: ..... Religion: .....

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Schwerbehinderung:  Nein  Ja – welcher Grad: .....

Schulbildung: .....

.....

Hobbys: .....

.....

.....

Ich habe folgende Erfahrung mit Kindern mit Behinderung: .....

.....

.....

.....

Falls zutreffend:

**Zweite Hauptpflegeperson (z.B. Lebenspartner/in):**

Familienname: ..... Geburtsname: .....

Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Erlerner Beruf: ..... Geschlecht:  weiblich  männlich

Ausgeübte Tätigkeit: .....

Straße /PLZ/Ort: .....

Mobiltelefon: ..... Telefon: .....

E-Mail-Adresse: ..... Religion: .....

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Schwerbehinderung:  Nein  Ja – welcher Grad: .....

Schulbildung: .....

.....

Hobbys: .....

.....

.....

Ich habe folgende Erfahrung mit Kindern mit Behinderung: .....

.....

.....

.....

.....

Falls zutreffend: Wer pflegt außerdem?

**Weitere Pflegepersonen (z.B. Partner/in, Haushaltsangehörige, Helfer der Familie o.ä.):**

.....

.....

**Im Haushalt lebende Personen (z.B. Großeltern, leibliche Kinder, Pflegekinder, Adoptivkinder, Geschwister o.ä. )**

Keine       Ja – Anzahl: .....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

**Nicht mehr im Haushalt lebende Kinder:**

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Vor- u. Fam.name: ..... Geb.dat.: ..... Verw.-Grad:.....

Wie viele Haushaltsangehörige haben eine Schwerbehinderung: .....

**Wohnsituation**

Mietwohnung

gemietetes Haus

Eigentumswohnung

Eigenes Haus

Bauernhof

Anzahl der Zimmer: \_\_\_\_\_

Gesamtwohnfläche: \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Garten: \_\_\_\_\_

Werden Haustiere gehalten?

Nein

Ja, nämlich:

.....

Mein Wohnumfeld ist behindertengerecht:

Ja

Nein, es soll es werden

Ich besitze einen Führerschein (Pkw):

Ja: \_\_\_\_\_

Nein

## Ihre neue Familiensituation

In Ihrer Familie und Ihrem Umfeld wird die Aufnahme eines Pflegekindes Veränderungen mit sich bringen.

1. Welche Reaktionen erwarten Sie von Ihrem bisherigen Kind/Ihren bisherigen Kindern nach der Aufnahme eines Pflegekindes? – Stichwort „Eindringling“ und Eifersucht

.....

.....

.....

.....

2. Wie, denken Sie, wird Ihr soziales Umfeld auf das Kind und auf Ihre neue familiäre Situation reagieren?

.....

.....

.....

.....

3. Welche Stellung erhält Ihrer Meinung nach das Pflegekind in der Familie?

.....

.....

.....

.....

4. Was wird sich durch die Aufnahme eines schwerbehinderten Pflegekindes in Ihrer Familie verändern?

.....

.....

.....

.....

5. Können Sie sich vorstellen, aus welchen Gründen ein Kind in einer Pflegefamilie untergebracht wird?

.....  
.....  
.....

6. Was wünscht sich Ihr künftiges Pflegekind Ihrer Ansicht nach von Ihnen?

.....  
.....  
.....  
.....

7. Was wünschen sich wohl die Herkunftsfamilie und/oder der Vormund für das Kind?

.....  
.....  
.....

8. In welchem Glauben/Mit welcher Lebensphilosophie möchten Sie das Kind erziehen und begleiten?

.....

9. Beschreiben Sie die Welt eines Kindes mit Schwerbehinderung in fünf Worten:

.....

10. Wie können Sie sich Kontakte zu und eine Zusammenarbeit mit der Familie Ihres Pflegekindes vorstellen?  
Wo sehen Sie Schwierigkeiten?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



13. Fühlen Sie sich in der Lage, mit Herkunftseltern mit folgender Vorgeschichte zusammenzuarbeiten:

- |   |                                 |                             |                                  |                                |                                    |                               |
|---|---------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| A | körperl. Erkrankung/Behinderung | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| B | geistige Behinderung            | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| C | psychische Erkrankung           | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| D | schwache Begabung               | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| E | Suchtkrankheit                  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| F | Straffälligkeit                 | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| G | Prostitution                    | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| H | Nichtsesshaftigkeit             | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

14. Bei welcher Vorgeschichte der Herkunftseltern würde Ihnen eine Zusammenarbeit sehr schwerfallen?

.....

.....

15. Welche Herausforderung darf das Kind mitbringen?

- |   |                                     |                             |                                  |                                |                                    |                               |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| A | geistige Behinderung                | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| B | körperliche Behinderung             | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| C | seelische Behinderung               | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| D | komplexe Schädigung/Mehrfachbehind. | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| E | Zustand nach Misshandlung           | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| F | Zustand nach sexuellem Missbrauch   | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

16. Konkreter gefragt: Welche dieser Eigenschaften könnten Sie sich bei Ihrem Pflegekind vorstellen?

- |                          |  |                             |                                  |                                |                                    |                               |
|--------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Epilepsie  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hydrozephalus  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Krebserkrankung  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | HIV-positiv  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Schädigung durch Neurotoxine<br>(z.B. Drogen, Alkohol, Nikotin o.ä.) | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Autismus   | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Down-Syndrom   | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | blind  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | gehörlos   | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | beatmungspflichtig   | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | trachealkanülenversorgt  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Ernährung über Sonde/PEG/Button                                      | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | ZVK-versorgt   | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | künstlicher Darmausgang  | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Transplantation nötig oder gehabt                                    | ja <input type="checkbox"/> | eher ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | eher nein <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |



17. Welche Behinderungen oder Einschränkungen kommen für Sie nicht in Frage?

.....  
.....  
.....

18. Entscheiden Sie sich bewusst auch für die Aufnahme eines Kindes mit verkürzter Lebenserwartung?

Nein  Ja – Wenn ja, schildern Sie uns bitte kurz Ihre Motivation zu diesem Schritt:

.....  
.....  
.....  
.....

**Bitte legen Sie Ihrer Bewerbung folgende Unterlagen bei:**

- Bescheinigung über Erste-Hilfe-Kurs am Kind
- Gesundheitszeugnis mit Angaben zur physischen und psychischen Gesundheit und mit der Bestätigung, dass keine Sucht oder Suchtgefährdung vorliegt (nicht älter als 2 Jahre)
- Erweitertes Führungszeugnis (siehe Anforderungsschreiben) (nicht älter als 2 Jahre)
- Einverständniserklärung eines zuständigen Jugendamtes oder Träger (Gültigkeit 1 Jahr)
- Schweigepflichtsentbindung
- Vertraulichkeitserklärung
- Für die Vermittlungshilfe ist eine Mitgliedschaft im Bundesverband beh. Pflegekinder e.V. erforderlich

Mir/Uns ist bekannt, dass der Bundesverband weder für das Zustandekommen eines Pflegeverhältnisses garantiert noch für eventuelle Folgen haftet.

Mir/Uns ist außerdem bekannt, dass der Bundesverband meine/unsere Daten an die zuständige Vermittlungsbehörde weiterleitet. Ich erkläre mich/Wir erklären uns damit einverstanden, werde(n) aber zuvor vom Bundesverband informiert.

Personenbezogene Daten werden gemäß der DSGVO gespeichert und verarbeitet. Einzelheiten dazu finden Sie auf unserer Homepage [www.bbpflegekinder.de](http://www.bbpflegekinder.de) unter dem Punkt Datenschutz.

Ort, Datum: .....

**Unterschriften:** Verantwortliche Hauptpflegeperson: .....

Eventuell weitere Hauptpflegeperson: .....



Bundesverband  
behinderter Pflegekinder e.V.

## Anforderungsschreiben

Zurück an:

*Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V.*

*Kirchstraße 29*

*26871 Papenburg*

### Zur Vorlage bei der Stadtverwaltung / Gemeindeverwaltung

#### Anforderung eines erweiterten Führungszeugnisses

Name: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Wohnhaft: \_\_\_\_\_

hat sich bei uns als Pflegemutter/Pflegevater beworben.

Um ihre/seine Eignung in Bezug auf § 72a SGB VIII überprüfen zu können, benötigen wir ein erweitertes Führungszeugnis nach § 30a Abs. 1 BZRegG (Belegart NE).

Die Anforderung aufgrund eines Pflegeverhältnisses ist kostenfrei.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Sonja Kappelt  
Papenburg,



Bundesverband  
behinderter Pflegekinder e.V.

## Erklärung des Trägers

Zurück an:

*Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V.*

*Kirchstraße 29*

*26871 Papenburg*

### Einverständnis zur Vermittlung eines (weiteren) Pflegekindes

Wir, \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner / in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

erklären, dass wir mit der Vermittlung eines weiteren Pflegekindes in die Familie:

\_\_\_\_\_

einverstanden sind.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift / Stempel

Ort / Datum: \_\_\_\_\_



Bundesverband  
behinderter Pflegekinder e.V.

## Erklärung eines zuständigen öffentlichen Trägers

Zurück an:

*Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V.*

*Kirchstraße 29*

*26871 Papenburg*

### Einverständnis zur Vermittlung eines (weiteren) Pflegekindes

Das Jugendamt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner / in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

ist für folgende Familie zuständig:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Familie ist durch uns überprüft worden und aus unserer Sicht grundsätzlich geeignet, ein Pflegekind mit Behinderung und/oder chronischer Erkrankung aufzunehmen. Wir bitten um Einbeziehung in die endgültige Entscheidungsfindung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift / Stempel

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_



Bundesverband  
behinderter Pflegekinder e.V.

## Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde/n ich/wir

das Jugendamt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht gegenüber dem Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V.,  
Kirchstraße 29, 26871 Papenburg und erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass sie sich  
gegenseitig Auskünfte über mich/uns erteilen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum



Bundesverband  
behinderter Pflegekinder e.V.

Stempel des Arztes:

## Ärztliches Gesundheitszeugnis zur Aufnahme / Betreuung von Pflegekindern

Über die Gesundheit von: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### Vorgeschichte

Überstandene Krankheiten:

---

---

Chronische Erkrankungen:

---

---

Krankenhausaufenthalte:

---

---

Eindruck in psychischer Hinsicht / Suchtproblematik:

---

---

Bei \_\_\_\_\_ liegen keine lebensverkürzenden oder ansteckenden Erkrankungen vor. Aus ärztlicher Sicht sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Aufnahme und den Aufenthalt eines Pflegekindes sprechen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_



Bundesverband  
behinderter Pflegekinder e.V.

## Vertraulichkeitserklärung

Zurück an:

*Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V.*

*Kirchstraße 29*

*26871 Papenburg*

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, sich für ein Pflegekind mit besonderen Bedürfnissen zu engagieren.

Im Zuge unserer Vermittlungshilfe werden Sie möglicherweise vertrauliche Akten und Informationen über ein bestimmtes Kind erhalten.

Bitte bedenken Sie: Selbst wenn in den Unterlagen Namen und Daten geschwärzt sind, sind diese Unterlagen dadurch dennoch nicht vollständig anonymisiert. Rückschlüsse auf konkrete Personen können möglich sein.

Aus diesem Grund ist es Ihnen nicht erlaubt, die erhaltenen Unterlagen an andere Personen weiterzugeben oder diese zu veröffentlichen. Die Unterlagen dienen zu Ihrer persönlichen Information und dürfen ausschließlich mit dem für Sie zuständigen Träger besprochen werden.

Eine Zuwiderhandlung kann zum Abbruch des Vermittlungsverfahrens führen.

Wir bitten Sie, diese Vertraulichkeitserklärung mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

---

Unterschrift Verantwortliche Hauptpflegeperson

---

Unterschrift zweite Hauptpflegeperson (falls vorhanden)

---

Ort, Datum