



Bundesverband behinderteter
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 neugestalten. 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. (BbP) 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.

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 von Pflegekindern mit Behinderung 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 behinderteter Pflegekinder e.V.

Kirchstraße 29

26871 Papenburg

<p><i>Eingangsstempel</i> (vom BbP auszufüllen)</p>

Pflegefamilie:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Erlerner Beruf: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____

falls zweite Person zutreffend:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

Erlerner Beruf: _____

Ausgeübte Tätigkeit: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Bundesland: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Wie haben Sie Ihre Schulzeit erlebt?

Was verbindet Sie mit einem Kind mit Behinderung?



Zu unserer Familie und unserem Haushalt gehören:

Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....
Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....
Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....
Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....
Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....

Möchten Sie noch jemanden hinzufügen?

.....

Nicht mehr im Haushalt lebende Kinder:

Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....
Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....
Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....
Name:	geb.:	Verw.-Grad:
.....

Wohnsituation:

in einer Stadt auf dem Land

Mein Wohnumfeld ist behindertenfreundlich: nein ja kann es bei Bedarf werden

Werden Haustiere gehalten? nein ja, nämlich:

.....

Ich besitze einen Führerschein (PKW): nein ja, Klasse: _____



Stellen Sie sich Ihre neue Familiensituation vor:

1. Wie, denken Sie, wird Ihr direktes Umfeld (Familie, Freunde, ...) auf Ihre neue familiäre Situation reagieren?

2. Welche besonderen Herausforderungen wird Ihr neuer Alltag mit sich bringen?

3. Stellen Sie sich vor, Ihr Pflegekind schreibt ein Wunschzettel an die neue Familie. Welche Wünsche würde der Wunschzettel beinhalten?

4. Ihr künftiges Pflegekind hat eine Geburtsfamilie. Welche Rolle spielt diese für Sie?

Und jetzt ist es wichtig, auf sich und Ihre Ressourcen zu schauen, damit die Vermittlung eines Pflegekindes mit Behinderung gut gelingen kann:

7. Ich kann mir/wir können uns als Pflegekind vorstellen:

- | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| • Alter (Mehrfachnennung möglich) | 0 - 1 Jahr
<input type="checkbox"/> | 2 - 3 J.
<input type="checkbox"/> | 4 - 5 J.
<input type="checkbox"/> | 6 - 7 J.
<input type="checkbox"/> | 8 - 10 J.
<input type="checkbox"/> | über 10 J.
<input type="checkbox"/> | egal
<input type="checkbox"/> |
| • Geschlecht | | | nur Mädchen
<input type="checkbox"/> | | egal
<input type="checkbox"/> | | nur Junge
<input type="checkbox"/> |
| • Doppelaufnahme (Geschwisterkinder) | | | ja <input type="checkbox"/> | | evtl. <input type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> |
| • Kind ausländischer Herkunft | | | ja <input type="checkbox"/> | | evtl. <input type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> |
| • Kind anderer Hautfarbe als ich/wir | | | ja <input type="checkbox"/> | | evtl. <input type="checkbox"/> | | nein <input type="checkbox"/> |

8. Fühlen Sie sich in der Lage, mit Geburtsfamilien mit folgender Vorgeschichte zusammenzuarbeiten?

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| • körperl. Erkrankung/Behinderung | ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| • geistige Behinderung | ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| • psychische Erkrankung | ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| • schwache Begabung | ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| • Suchtkrankheit | ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| • Straffälligkeit | ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| • Prostitution | ja <input type="checkbox"/> | evtl. <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

9. Bei welcher Vorgeschichte der Geburtsfamilie würde Ihnen eine Zusammenarbeit sehr schwerfallen?

10. Welche Herausforderung darf das Kind mitbringen?

- geistige Behinderung ja evtl. nein
- körperliche Behinderung ja evtl. nein
- rollstuhlpflichtig ja evtl. nein
- seelische Behinderung ja evtl. nein
- komplexe Schädigung/Mehrfachbehinderung ja evtl. nein
- Zustand nach Misshandlung ja evtl. nein
- Zustand nach sexuellem Missbrauch ja evtl. nein

11. Konkreter gefragt: Welche dieser (Verdachts-)Diagnosen können Sie sich bei Ihrem Pflegekind vorstellen?

- Epilepsie ja evtl. nein
- Hydrozephalus ja evtl. nein
- Krebserkrankung ja evtl. nein
- HIV-positiv ja evtl. nein
- Schädigung durch Neurotoxine (z.B. Drogen, Alkohol, Nikotin o.Ä.) ja evtl. nein
- Autismus ja evtl. nein
- Down-Syndrom ja evtl. nein
- blind ja evtl. nein
- gehörlos ja evtl. nein
- Ernährung über Sonde/PEG/Button ja evtl. nein
- künstlicher Darmausgang ja evtl. nein
- Transplantation nötig oder gehabt ja evtl. nein
- **beatmungspflichtig** ja evtl. nein
- **trachealkanülenversorgt** ja evtl. nein
- **ZVK-versorgt** ja evtl. nein

Sollten Sie mindestens einen der letzten drei Diagnosen mit „ja“ angekreuzt haben, müssen Sie sich darauf einstellen, dass Pflegekräfte an der Seite Ihres Pflegekindes benötigt werden und somit Ihre Familie Teil eines öffentlichen Raumes wird.

12. Ist die medizinisch prognostizierte Lebenserwartung des Kindes für Sie relevant?

- nein ja



Bitte legen Sie Ihrer Bewerbung folgende Unterlagen bei:

- 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 Trägers (Gültigkeit 1 Jahr)
- Schweigepflichtsentbindung
- Vertraulichkeitserklärung
- Für die Vermittlungshilfe ist eine Mitgliedschaft im Bundesverband beh. Pflegekinder e.V. erforderlich.

Mir/Uns ist bekannt, dass der BbP für das Zustandekommen eines Pflegeverhältnisses nicht garantieren kann.

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

Personenbezogene Daten werden gemäß der DSGVO gespeichert und verarbeitet. Einzelheiten dazu finden Sie auf unserer Homepage www.bbpflegekinder.de unter dem Punkt Datenschutz.

Ort, Datum:

Unterschriften:

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,

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: _____

E-Mail: _____

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

einverstanden sind.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift/Stempel

Ort/Datum

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: _____

E-Mail: _____

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



Bundesverband behinderteter
Pflegekinder e.V.

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde/n ich/wir

das Jugendamt: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner/in: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

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 (falls zweite Person zutreffend)

Ort, Datum

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:

Es 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

Vertraulichkeitserklärung

Zurück an:

Bundesverband behinderter 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 bestimmte Kinder 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

Unterschrift (falls zweite Person zutreffend)

Ort, Datum