



Bundesverband
behinderter Pflegekinder e.V.

Zurück an:

Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V.

Kirchstraße 29

26871 Papenburg

Eingangsstempel
(vom BbP auszufüllen)



Name der Bereitschaftspflegestelle:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: weibl. männl. divers

Erlerner Beruf:

Ausgeübte Tätigkeit:

#bbpflegekinder

falls zweite Person zutreffend:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: weibl. männl. divers

Erlerner Beruf:

Ausgeübte Tätigkeit:

Straße, PLZ, Ort:

Bundesland:

Telefon:

E-Mail:

Familienstand:

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet



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



#bbpflegekinder

Möchten Sie noch jemanden hinzufügen?

.....

Wohnsituation:

Mein Wohnumfeld ist behindertenfreundlich: nein ja

Werden Haustiere gehalten? nein ja, nämlich:

.....

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



1. Ich kann mir / Wir können uns als Bereitschaftspflegekind vorstellen:

- Alter: von _____ bis _____ egal
- Geschlecht: nur Mädchen egal nur Junge

2. Wo sehen Sie Ihren „Noteingangs“-Schwerpunkt?

- vorwiegend geistige Behinderung ja nein
- vorwiegend körperliche Behinderung ja nein
- seelische Behinderung ja nein
- komplexe Schädigung / Mehrfachbehind. ja nein
- Intensivpflegebedarf ja nein
- rollstuhlpflichtige Immobilität ja nein



#bbpflegekinder

3. Welche Gegebenheiten gibt es in Ihrem unmittelbaren Lebensumfeld, um diesen Besonderheiten gerecht zu werden (bspw. medizinische Anbindung)?



4. Beschreiben Sie mit Blick auf die pflegerische und bedarfsgerechte Versorgung des Kindes Ihr Wohnumfeld (bspw. Gitterbett, Pflegebett).

5. Was, glauben Sie, qualifiziert Sie zu einer „Noteingang“-Familie?

6. Wie kann die Geburtsfamilie im Alltag involviert werden? Wo sehen Sie Hürden?



#bbpflegekinder



Bundesverband
behinderter Pflegekinder e.V.

7. Welchen Beitrag können Sie zu einer erfolgreichen Perspektivklärung für das Kind leisten?



8. Welche Behinderungen oder Einschränkungen kommen für Sie als „Noteingangs“-Familie nicht infrage?

#bbpflegekinder



Bundesverband
behinderter Pflegekinder e.V.

Bitte legen Sie Ihrer Registrierung folgende Unterlagen bei:

- Bescheinigung über die Teilnahme an einem 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 Trägers (Gültigkeit 1 Jahr)
- Schweigepflichtentbindung
- Vertraulichkeitserklärung
- ggf. Kopie der Berufsurkunde bei Fachkräften
- Für die Registrierung ist eine Mitgliedschaft im Bundesverband behinderter Pflegekinder e.V. erforderlich.



#bbpflegekinder

Mir/Uns ist bekannt, dass der BbP das Zustandekommen eines Bereitschaftspflegeverhältnisses 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 im Rahmen eines Bereitschaftspflegeverhältnisses 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,

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

Erklärung des Trägers

Zurück an:

Bundesverband behinderteter Pflegekinder e.V.

Kirchstraße 29

26871 Papenburg

Einverständnis zur Vermittlung eines (weiteren) Pflegekindes in Bereitschaftspflege

Wir, _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner/in: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

erklären, dass wir mit der Vermittlung eines (weiteren) Pflegekindes im Rahmen einer Bereitschaftspflege in die Familie _____

einverstanden sind.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift/Stempel

Ort/Datum

Erklärung eines zuständigen öffentlichen Trägers

Zurück an:

Bundesverband behindertter Pflegekinder e.V.

Kirchstraße 29

26871 Papenburg

Einverständnis zur Vermittlung eines (weiteren) Pflegekinds in Bereitschaftspflege

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 im Rahmen einer Bereitschaftspflege aufzunehmen. Wir bitten um Einbeziehung in die endgültige Entscheidungsfindung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift/Stempel

Ort/Datum

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

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde/n ich/wir den

- öffentlichen Träger (Jugendamt):**
(Name des Ansprechpartners, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

- freien Träger:**
(Name des Ansprechpartners, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

- Vormund / gesetzlichen Betreuer des Kindes:**
(Name des Ansprechpartners, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

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

Unterschrift

Unterschrift (falls zweite Person zutreffend)

Ort, Datum