

Sozialdienst kath. Frauen e.V. Lippstadt
 Fachbereich Kindertagespflege
 Fr. Großekathöfer/Fr. Großer/Fr. Doulas
 Cappelstraße 27
 59555 Lippstadt
 E-Mail:
grossekathoefer@skf-lippstadt.de
grosser@skf-lippstadt.de
doulas@skf-lippstadt.de



Voraussetzungen nach SGB VIII für die Kindertagespflege

1. Personalien:

	Kindertagespflegeperson	Partner/in (nur auszufüllen wenn die Kindertagespflege im eigenen Haushalt geplant ist)
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Adresse/ Straße:		
PLZ; Wohnort:		
Telefon/ Handy:		
E-Mail:		
Geburtsort:		
Familienstand:		
Schulabschluss:		
Berufstätigkeit:		

2. Ich/Wir habe/n folgende Kinder:

Name, Vorname	Geburtsdatum

(nur auszufüllen wenn die Kindertagespflege im eigenen Haushalt geplant ist)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Wir haben Haustier. Wenn ja welche:

--

4. Angaben zu Räumlichkeiten für die Betreuung:

	Im eigenen Haushalt	Externe Räumlichkeiten
Wohnform (z.B. Haus, Wohnung...):		
Anzahl der Räume mit qm:		
Garten/ Außengelände qm:		
Eigentum oder gemietet:		

5. Meine Motivation in diesem Berufsfeld tätig zu werden:

(Vorerfahrungen, Kenntnisse, eigenen Fähigkeiten, Hobbies...)

**6. Wie stelle ich mir meine Kindertagespflege vor:
(z.B. Angaben zu Betreuungszeiten, Anzahl der Kinder...)**

7. Welche Herausforderungen sehe ich in der selbständigen Tätigkeit innerhalb der Kindertagespflege?:

8. Datenschutzerklärung:

Mir ist bekannt, dass der SkF e.V. Lippstadt von der Stadt Lippstadt, Fachbereich Jugend und Soziales, damit beauftragt ist, die Überprüfung zur Ausstellung der Pflegeerlaubnis nach § 43 SGB VIII durchzuführen.

Ich bin damit einverstanden, dass das für mich zuständige Jugendamt vom SkF e.V. Lippstadt um Rückmeldung gebeten wird, ob von dort Sachverhalten bekannt sind, die gegen die Ausübung der Kindertagespflege sprechen.

Die erteilten Informationen werden nur zum Zweck der Überprüfung der Geeignetheit als Kindertagespflegeperson benötigt.

Meine Einwilligung erfolgt aus freier Entscheidung.

Ich kann die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Erfolgt die Einwilligung nicht, ist eine Überprüfung nicht möglich.

Ich stimme zu, dass meine Unterlagen an Vermittlungsstellen im Rahmen der Kindertagespflege weitergegeben werden.

Außerdem darf meine Telefonnummer an Personensorgeberechtigte, Kindertagespflegepersonen und Einrichtungen zur Kontaktaufnahme weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte geben Sie den Bogen zeitnah zurück und vereinbaren Sie anschließend einen Termin mit der Fachberatung Kindertagespflege vom SkF Lippstadt e.V.

Für mein weiteres Vorgehen:

Zur Vorlage beim SkF e.V. Lippstadt:

- ☐ **ordnungsbehördliches Führungszeugnis aller im Haushalt lebenden, volljährigen Personen**
- ☐ **Hausärztliches Attest**
- ☐ **Qualifizierungs- bzw. Ausbildungsnachweise (pädagogischer Art)**
- ☐ **Schulabschlusszeugnis (höchste Grad)**
- ☐ **Lebenslauf (mit Foto)**
- ☐ **Nachweis 1. Hilfe-Kurs am Kleinkind mit mindestens 9 UE**
- ☐ **Nachweis über Masernimmunität**

Für die selbständige Tätigkeit:

- ☐ **Finanzamt: Anmeldung als Selbstständige abgeben und neue Steuernummer einholen**
- ☐ **Haftpflichtversicherung**
- ☐ **Berufshaftpflichtversicherung mit ausreichender Deckungssumme abschließen**
- ☐ **BGW Berufsunfallversicherung**
- ☐ **Krankenversicherung/ Pflegeversicherung/ Familienversicherung/ freiwillig gesetzlich versichert oder private Krankenversicherung**
- ☐ **Rentenversicherung**
- ☐ **Arbeitslosenversicherung**