

Hinweise zum Ausfüllen dieses Formulars

Dieses Formular ist sowohl online am Computer als auch per Hand ausfüllbar. Sollten Sie die handschriftliche Variante wählen, achten Sie bitte auf gute Lesbarkeit. In jedem Fall überprüfen Sie bitte eingehend, ob Ihre Angaben richtig und vollständig sind. **Kästchen** sind, wenn zutreffend, anzukreuzen.

Erhebungsbogen zur Erfassung der Angebote Früher Hilfen

1. Angaben zum Träger

1.01. Name des Trägers

1.02. Rechtsform der Trägerschaft

privat

öffentlich

freier Träger

Selbsthilfe

1.03. Ansprechpartner

Name: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

1.04. Anschrift des Trägers

1.05. Internetpräsenz

http://www. _____

1.06. Anzahl der Vollzeitstellen*

* die Stellenanteile müssen addiert werden

1.07. davon Stellenanteile zuständig für Frühe Hilfen*

* die Stellenanteile müssen addiert werden

2. Angaben zum Angebot

* die Stellenanteile müssen addiert werden

2.01. Name des Angebotes

2.02. Zielgruppe des Angebotes*

* mehrere Nennungen möglich

Kinder 0 - 3 Jahre

werdende Eltern

Kinder 4 - 6 Jahre

Eltern

Kinder 7 - 14 Jahre

Sonstige, und zwar _____

2.03. Zielgruppe des Angebotes*

* mehrere Nennungen möglich

informativ

bildend

beratend

themenspezifisch

begleitend

zielgruppenspezifisch

betreuend

medizinisch/therapeutisch

Sonstige, und zwar _____

2.04. Kosten

nein

ja, _____ €

2.05. Zugangswege*

* mehrere Nennungen möglich

persönlich

Überweisung

Vermittlung über _____

Empfehlung von _____

Sonstige, und zwar _____

2.06. sozialrechtliche Zuordnung*

* mehrere Nennungen möglich

SGB V	§	_____
SGB VIII	§	_____
SGB XII	§	_____
Schulgesetz	§	_____
Schwangerschaftskonfliktgesetz	§	_____
Sonstige, und zwar _____	§	_____

2.07. Einzugsbereich der Zielgruppe

2.071. Landkreis/kreisfreie Stadt/Land*

* mehrere Nennungen möglich

Landkreis Barnim	Landkreis Spree-Neiße	Stadt Potsdam
Landkreis Dahme-Spreewald	Landkreis Teltow-Fläming	Stadt Brandenburg a.d.H.
Landkreis Elbe-Elster	Landkreis Uckermark	Sachsen
Landkreis Havelland	Landkreis Oder-Spree	Sachsen-Anhalt
Landkreis Märkisch-Oderland	Landkreis Potsdam-Mittelmark	Mecklenburg-Vorpommern
Landkreis Oberhavel	Landkreis Prignitz	Berlin
Landkreis Oberspreewald-Lausitz	Stadt Cottbus	Niedersachsen
Landkreis Ostprignitz-Ruppin	Stadt Frankfurt (Oder)	andere und zwar

2.072. Sozialraum*

* mehrere Nennungen möglich

SR 1 Fürstenberg, Gransee und Gemeinden	SR 6 Oranienburg
SR 2 Zehdenick, Löwenberger Land, Liebenwalde	SR 7 Hennigsdorf
SR 3 Kremmen, Oberkrämer	andere und zwar
SR 4 Leegebruch, Velten	_____
SR 5 Hohen Neuendorf, Brikenwerder, Glienicke, Mühlenbecker Land	_____

2.08. Öffnungszeiten

wochentags _____

feiertags _____

Notfall _____

2.09. Kooperationspartner/innen

Name	im Konzept ausgewiesen	mit Vertragsbindung
------	------------------------	---------------------

2.10. Personelle Ausstattung des Angebotes

	Anzahl	Stellenanteile	Qualifikation	
			Anzahl der Mitarbeiter/innen	Abschluss
hauptamtliche Mitarbeiter/innen				pädagogisch/psychologisch
				medizinisch/therapeutisch
				andere
				ohne
nebenberufliche Mitarbeiter/innen				pädagogisch/psychologisch
				medizinisch/therapeutisch
				andere
				ohne
ehrenamtliche Mitarbeiter/innen				pädagogisch/psychologisch
				medizinisch/therapeutisch
				andere
				ohne

2.11. Angebotsverantwortliche/r

Name: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Internetpräsenz: _____

2.12. Anschrift des Angebotes

2.13. Angebot seit wann vorhanden

2.14. Finanzierung/Förderung des Angebotes

	Förderer	Förderung seit	Förderung bis	jährliche Fördersumme
öffentliche Förderung				
Eigenmittel				
Drittmittel				
Spenden				
Sonstige, und zwar _____				