

Bewerber/-in

Bewerber/-in

Seit wann besteht Ihre Partnerschaft?		
Eheschließung am:		
vorherige Ehe/n (von ... bis ..., geschieden, verwitwet):		
ehemalige / bestehende Sucht- bzw. psychiatrische Krankheiten:		
psychotherapeutische Behandlungen:		

Kinder (z. B. auch frühere Pflegekinder):

Vorname	Geburtsdatum	leibliche, aus früherer Ehe, in Pflege (von ... bis ... bzw. seit ...), adoptiert, verstorben	im Haushalt lebend?

weitere Personen im Haushalt:

Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis

Gibt es Familienmitglieder, auf deren Bedürfnisse bei einer Vermittlung besonders geachtet werden muss (z. B. bereits vorhandene Kinder, pflegebedürftige Angehörige)?

Wohnverhältnisse:

Wohnung

Haus

mit Garten

Zahl der Räume und Größe der Wohnung / des Hauses: _____

Welche Möglichkeiten der Unterbringung des Kindes bestehen in Ihrer Wohnung bzw. in Ihrem Haus?

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Bewerbung um die Aufnahme eines Pflegekindes

Ich / Wir

(Vorname, Nachname und Anschrift der Bewerberin / des Bewerbers)

entbinden

(Name des Jugendamtes und der fallverantwortlichen Fachkraft / Fachkräfte)

von der Schweigepflicht gegenüber

(Name der Institution etc.)

Ich bin / Wir sind einverstanden, dass das Jugendamt Daten über mich / uns anfordert, die für die Prüfung der Eignung als Bewerber erforderlich sind. (Name der Institution etc.) darf die entsprechenden Daten an das Jugendamt weitergeben.

Ich / Wir wurde/n ausführlich über die Freiwilligkeit, den Sinn und den Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

Diese Erklärung ist jederzeit widerrufbar.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/-en

Vermittlungsstelle (Stempel)

Anlage zum Fragebogen für Pflegebewerber (Basisbogen)

Name: _____

Datum: _____

Ihre Vorstellungen zur Aufnahme eines Pflegekindes

Sie haben sich an die Vermittlungsstelle gewandt, weil Sie gerne ein Kind aufnehmen möchten. In dieser Anlage können Sie Ihre Vorstellungen bezüglich eines Kindes, das Sie gerne aufnehmen würden, konkretisieren.

Die folgenden Punkte stellen einen groben Überblick dar und können sicherlich nur einen Abriss Ihrer momentanen Aufnahmebereitschaft wiedergeben. In **persönlichen Gesprächen** mit der Fachkraft werden Ihre Vorstellungen eingehender besprochen und Sie können zu den einzelnen Aspekten nähere Informationen (z. B. durch weitere, spezifische Fragebögen) erhalten.

Bitte konkretisieren Sie Ihre Vorstellungen zur Aufnahme eines Kindes:

- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) Alter
(Mehrfachnennung
möglich) | 0 – 1 Jahr | 1 – 3 J. | 3 – 5 J. | 5 – 6 J. | 6 – 10 J. | über 10 J. | egal |
| | <input type="checkbox"/> |
| 2) Geschlecht | nur weibl. | bevorzugt weibl. | egal | bevorzugt männl. | nur männl. | divers | |
| | <input type="checkbox"/> |
| 3) Geschwister | ja | eher ja | evtl. | eher nein | nein | | |
| | <input type="checkbox"/> |
| 4) Kind anderer
Hautfarbe | ja | eher ja | evtl. | eher nein | nein | | |
| | <input type="checkbox"/> |

Die Kinder, die unbegleitet von der Ukraine nach Deutschland kommen, haben viel Schlimmes erlebt. Neben der sprachlichen Barriere sind Traumatisierungen nicht ausgeschlossen. Über den gesundheitlichen Status ist in der Regel nichts bekannt.

Grundsätzlich einige Fragen

5) Können Sie sich die Aufnahme eines Kindes mit einer Körperbehinderung vorstellen.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | eher ja | evtl. | eher nein | nein |
| <input type="checkbox"/> |

6) Können Sie sich die Aufnahme eines Kindes mit einer geistigen Behinderung vorstellen.

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | eher ja | evtl. | eher nein | nein |
| <input type="checkbox"/> |

- 7) Besteht Ihrerseits Bereitschaft zur **Zusammenarbeit** mit Ärztinnen / Ärzten oder Psychologinnen / Psychologen, wenn Therapien (z. B. Krankengymnastik oder Spieltherapie) durchgeführt werden müssen?

ja	eher ja	evtl.	eher nein	nein
<input type="checkbox"/>				

Wir versichern die Vollständigkeit und Richtigkeit unserer Angaben.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Bewerber/-in:

Unterschrift Bewerber/-in: