



Familienzentrum NRW

Fragebogen für die Re-Zertifizierung
Verbund-Familienzentrum im
Zertifizierungsjahr 2018/2019



Bitte lesen Sie zur Verwendung dieses Fragebogens das „Handbuch für die Familienzentren im Zertifizierungsjahr 2018/2019“, das konkrete Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens enthält.

PädQUIS[®] FZ GmbH

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Verbund-Familienzentrums,

beiliegend übersenden wir Ihnen den Belegordner und den Fragebogen für Familienzentren. Diese bilden die Grundlage für die Vergabe des Gütesiegels „Familienzentrum NRW“.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und vollständig aus und stellen Sie alle geforderten Belegmaterialien zusammen. Bitte machen Sie **alle benötigten Angaben**, die in diesem Fragebogen abgefragt werden, innerhalb der entsprechenden Eintragungsmöglichkeiten im Fragebogen. **Alternativ können Sie auch den Online-Fragebogen bearbeiten. Zugangsinformationen sind im Belegordner enthalten.**

Bitte heften Sie die Belegmaterialien entsprechend den Anleitungen und Anmerkungen im Fragebogen zu den einzelnen Fragebogenpunkten in den von PädQUIS FZ mitgelieferten Ordnern ab. In der Evaluation werden nur die angeforderten Unterlagen berücksichtigt. Zusätzliches Material, welches Sie evtl. beifügen, wird nicht in die Evaluation eingehen.

Zur Unterstützung finden Sie in dem Ihnen vorliegenden Handbuch Erläuterungen und Hinweise für die Bearbeitung des Fragebogens. Zudem ist der weitere Ablauf nach Einreichung der Evaluationsunterlagen in diesem beschrieben.

Die Beantwortung des Fragebogens und die Aufbereitung der Belegmaterialien wird einige Zeit in Anspruch nehmen. Auch sind zuweilen Rücksprachen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Kooperationspartnern erforderlich. Bitte beachten Sie dies bei Ihrer Zeitplanung.

Bitte halten Sie den für Ihr Familienzentrum vorgesehenen Abgabetermin ein. **Der Poststempel zählt.**

Ihre Rückantwort

Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, schicken Sie uns diesen und die Belegmaterialien in den mitgelieferten Ordnern an folgende Adresse:

**PädQUIS FZ
Familienzentrumzertifizierungs GmbH
Ordensmeisterstr. 15 – 16
12099 Berlin**

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Re-Zertifizierung.



Fragebogen zur Re-Zertifizierung Gütesiegel „Familienzentrum NRW“

Verbund-Familienzentrum

1. Verbundeinrichtung (Kontakteinrichtung/Zuschussempfänger)

Zertifizierungsnummer der Einrichtung:	
Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Bearbeiterin oder Bearbeiter:	
Datum:	
Unterschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2019 (wichtig für Begehungstermine):	
Wie viele Kinder sind in Ihrer Einrichtung angemeldet?	
Altersspanne der angemeldeten Kinder (von...bis...Jahre):	
Über welche Gruppentypen verfügt Ihre Einrichtung?	

Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen als pädagogisches Stammpersonal?	
Angestelltes <u>pädagogisches/ therapeutisches</u> Personal im Familienzentrum (bitte Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen.) ¹	Leitung:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
14.	

¹ Bitte vermerken Sie auch evtl. Namensänderungen (durch z.B. Heirat), dies unterstützt uns bei dem Abgleich älterer Unterlagen.

2. Verbundeinrichtung: Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2019 (wichtig für Begehungstermine):	
Wie viele Kinder sind in Ihrer Einrichtung angemeldet?	
Altersspanne der angemeldeten Kinder (von...bis...Jahre):	
Über welche Gruppentypen verfügt Ihre Einrichtung?	
Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen als pädagogisches Stammpersonal?	
Angestelltes <u>pädagogisches/ therapeutisches</u> Personal im Familienzentrum (bitte Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen.) ²	Leitung:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
14.	

² Bitte vermerken Sie auch evtl. Namensänderungen (durch z.B. Heirat), dies unterstützt uns bei dem Abgleich älterer Unterlagen.

3. Verbundeinrichtung: Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2019 (wichtig für Begehungstermine):	
Wie viele Kinder sind in Ihrer Einrichtung angemeldet?	
Altersspanne der angemeldeten Kinder (von...bis...Jahre):	
Über welche Gruppentypen verfügt Ihre Einrichtung?	
Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen als pädagogisches Stammpersonal?	
<p>Angestelltes <u>pädagogisches/ therapeutisches</u> Personal im Familienzentrum (bitte Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen.)³</p>	Leitung:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
14.	

³ Bitte vermerken Sie auch evtl. Namensänderungen (durch z.B. Heirat), dies unterstützt uns bei dem Abgleich älterer Unterlagen.

4. Verbundeinrichtung: Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2019 (wichtig für Begehungstermine):	
Wie viele Kinder sind in Ihrer Einrichtung angemeldet?	
Altersspanne der angemeldeten Kinder (von...bis...Jahre):	
Über welche Gruppentypen verfügt Ihre Einrichtung?	
Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen als pädagogisches Stammpersonal?	
Angestelltes <u>pädagogisches/ therapeutisches</u> Personal im Familienzentrum (bitte Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen.) ⁴	Leitung:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
14.	

⁴ Bitte vermerken Sie auch evtl. Namensänderungen (durch z.B. Heirat), dies unterstützt uns bei dem Abgleich älterer Unterlagen.

5. Verbundeinrichtung: Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2019 (wichtig für Begehungstermine):	
Wie viele Kinder sind in Ihrer Einrichtung angemeldet?	
Altersspanne der angemeldeten Kinder (von...bis...Jahre):	
Über welche Gruppentypen verfügt Ihre Einrichtung?	
Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen als pädagogisches Stammpersonal?	
Angestelltes <u>pädagogisches/ therapeutisches</u> Personal im Familienzentrum (bitte Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen.) ⁵	Leitung:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
14.	

⁵ Bitte vermerken Sie auch evtl. Namensänderungen (durch z.B. Heirat), dies unterstützt uns bei dem Abgleich älterer Unterlagen.

6. Verbundeinrichtung: Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2019 (wichtig für Begehungstermine):	
Wie viele Kinder sind in Ihrer Einrichtung angemeldet?	
Altersspanne der angemeldeten Kinder (von...bis...Jahre):	
Über welche Gruppentypen verfügt Ihre Einrichtung?	
Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen als pädagogisches Stammpersonal?	
Angestelltes <u>pädagogisches/ therapeutisches</u> Personal im Familienzentrum (bitte Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen.) ⁶	Leitung:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
14.	

⁶ Bitte vermerken Sie auch evtl. Namensänderungen (durch z.B. Heirat), dies unterstützt uns bei dem Abgleich älterer Unterlagen.

7. Verbundeinrichtung: Angaben zur Einrichtung

Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2019 (wichtig für Begehungstermine):	
Wie viele Kinder sind in Ihrer Einrichtung angemeldet?	
Altersspanne der angemeldeten Kinder (von...bis...Jahre):	
Über welche Gruppentypen verfügt Ihre Einrichtung?	
Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zählen als pädagogisches Stammpersonal?	
Angestelltes <u>pädagogisches/ therapeutisches</u> Personal im Familienzentrum (bitte Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eintragen.) ⁷	Leitung:
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.
	11.
	12.
	13.
14.	

⁷ Bitte vermerken Sie auch evtl. Namensänderungen (durch z.B. Heirat), dies unterstützt uns bei dem Abgleich älterer Unterlagen.

Bitte wählen Sie hier jeweils EINEN Leistungsbereich und EINEN Strukturbereich aus, für den Sie die Aufbaukriterien ausfüllen möchten. Nur diese werden dann in unserer Evaluation berücksichtigt:

Teil A Leistungsbereiche

1	Beratung und Unterstützung von Kindern und Familien	<input type="checkbox"/>
2	Familienbildung und Erziehungspartnerschaft	<input type="checkbox"/>
3	Kindertagespflege	<input type="checkbox"/>
4	Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>

Teil B Strukturbereiche

5	Sozialraumbezug	<input type="checkbox"/>
6	Kooperation und Organisation	<input type="checkbox"/>
7	Kommunikation	<input type="checkbox"/>
8	Leistungsentwicklung und Selbstevaluation	<input type="checkbox"/>

A. Leistungen des Familienzentrums

1. Bereithalten von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Kindern und Familien

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
1.1	verfügt über ein aktuelles Verzeichnis von Beratungs- und Therapiemöglichkeiten in der Umgebung (Erziehungs-/ Familienberatung, Frühförderung, Heilpädagogik, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Beratungsstellen für spezielle Fragen wie bspw. Hochbegabung, Selbsthilfegruppen, Sportkurse usw.). (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.1	UND verfügt über ein aktuelles Verzeichnis von Angeboten zur Gesundheits- und Bewegungsförderung in der Umgebung. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2	sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Fragen der interkulturellen Öffnung spezialisiert ist (nachgewiesen durch Zusatzausbildung oder Fortbildung). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Wenn ja: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 1.2 dem Ordner beifügen</i></p> <p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p>
1.2.1	UND sorgt dafür, dass die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter Eltern und Fachkräfte zu Fragen der interkulturellen Öffnung beraten? (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie ist die Beratung organisiert?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Werden Eltern und Fachkräfte <i>aller</i> Verbundeinrichtungen beraten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
1.3	organisiert Eltern-Kind-Gruppen im Familienzentrum für Familien mit unter dreijährigen Kindern (wenigstens <u>einmal</u> pro Woche). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie häufig pro Woche finden die Gruppen statt? _____</p> <p>Durchschnittliche Teilnehmerzahl: ca. _____ Familien</p> <p>In welcher Verbundeinrichtung?</p> <p>.....</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.)</p> <p>Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p>
1.3.1	<p>ODER</p> <p>kann interessierte Eltern an ein entsprechendes Angebot (bspw. einer Familienbildungsstätte, einer Gemeinde oder einer Elterninitiative) im Einzugsgebiet verweisen.</p> <p>(Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie häufig pro Woche finden Gruppen statt? _____</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wo finden diese statt? Anschrift:</p> <p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.)</p> <p>Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p>
1.4	<p>verfügt über ein Konzept, welches sicherstellt, dass bei Bedarf die Vermittlung von Familien zur Erziehungs-/ Familienberatung erfolgt und der Beratungsprozess (bspw. durch Gespräche zwischen den Erzieherinnen und Erziehern und den Eltern) begleitet wird.</p> <p>(Einrichtungsleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte entsprechende Darstellung <i>aller Verbundeinrichtungen</i> als Anlage 1.4 dem Ordner beifügen (eine schematische Darstellung ist möglich) (max. 2 Seiten)</p> <p><i>bitte die eingereichten Unterlagen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, welche Verbundeinrichtung welches Konzept verwendet</i></p>
1.5	<p>organisiert eine offene Sprechstunde für Erziehungs-/ Familienberatung oder andere in den Alltag der Einrichtung integrierte Beratungsangebote (mindestens <u>einmal im Monat</u>).</p> <p>(Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie häufig im Monat? _____</p> <p>Wann?</p> <p>Bitte beschreiben Sie kurz das Angebot:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>In welcher Einrichtung findet die Beratung statt?</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>Wer führt die Beratung durch?</p> <p><input type="checkbox"/> Kooperationspartner</p> <p><input type="checkbox"/> eigene einschlägig qualifizierte Fachkraft</p> <p><u>Wenn eigene einschlägig qualifizierte Fachkraft:</u> <i>(Nachweis bitte als Anlage 6.4.1 dem Ordner beifügen)</i> Name: Qualifikation:</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: Name der beratenden Fachkraft/Fachkräfte: Anschrift:</p>
1.6	verfügt über systematische Verfahren zur allgemeinen Früherkennung (Entwicklungsscreening) und wendet sie an. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<p>Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?</p> <p>1. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>2. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>3. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>4. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>5. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>6. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>7. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
1.6.1	<p>ODER wendet selbst entwickelte Verfahren zur Früherkennung an, die eine differenzierte und kriteriengestützte Beobachtung ermöglichen und deren Qualität überprüft wurde. (Einrichtungsleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte ein Blankoformular oder anonymisiertes Beispiel der jeweiligen Verfahren aller Verbundeinrichtungen als Anlage 1.6.1 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte die eingereichten Unterlagen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden</p> <p>Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?</p> <p>1. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>2. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>3. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>4. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>5. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>6. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p> <p>7. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____ Für welche Altersgruppe? _____</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
1.7	verfügt über systematische qualitative Verfahren der Beobachtung, Dokumentation und Planung von Entwicklungsprozessen und wendet sie an. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?	
		1. Verbundeinrichtung:	
		Name des Verfahrens: _____	
		Wie häufig? _____	
		Für welche Altersgruppe? _____	
		2. Verbundeinrichtung:	
		Name des Verfahrens: _____	
		Wie häufig? _____	
		Für welche Altersgruppe? _____	
		3. Verbundeinrichtung:	
		Name des Verfahrens: _____	
		Wie häufig? _____	
		Für welche Altersgruppe? _____	
4. Verbundeinrichtung:			
Name des Verfahrens: _____			
Wie häufig? _____			
Für welche Altersgruppe? _____			
5. Verbundeinrichtung:			
Name des Verfahrens: _____			
Wie häufig? _____			
Für welche Altersgruppe? _____			
6. Verbundeinrichtung:			
Name des Verfahrens: _____			
Wie häufig? _____			
Für welche Altersgruppe? _____			
7. Verbundeinrichtung:			
Name des Verfahrens: _____			
Wie häufig? _____			
Für welche Altersgruppe? _____			

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
1.8	sorgt dafür, dass die Inanspruchnahme von U-Untersuchungen durch gezielte Maßnahmen gefördert wird. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Form wird dies in der jeweiligen Einrichtung umgesetzt?
				1. Verbundeinrichtung:
				2. Verbundeinrichtung:
3. Verbundeinrichtung:				
4. Verbundeinrichtung:				
5. Verbundeinrichtung:				
6. Verbundeinrichtung:				
7. Verbundeinrichtung:				

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
1.8.1	<p><u>UND</u> sorgt dafür, dass die Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Kinderärztinnen durch gezielte Maßnahmen gefördert wird. (Einrichtungsleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		In welcher Form wird dies in der Einrichtung umgesetzt?	
		1. Verbundeinrichtung:	
		
		
		
		2. Verbundeinrichtung:	
		
.....			
3. Verbundeinrichtung:			
.....			
.....			
4. Verbundeinrichtung:			
.....			
.....			
5. Verbundeinrichtung:			
.....			
.....			
6. Verbundeinrichtung:			
.....			
.....			
7. Verbundeinrichtung:			
.....			
.....			

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 1 für die Evaluation verwendet werden? **Nein** **(Wenn NEIN weiter mit Leistungsbereich 2)**
Ja

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
1.9	organisiert Sprachfördermaßnahmen für Kinder im Alter zwischen vier Jahren und Schuleintritt mit zusätzlichem Sprachförderbedarf, <u>die keine Kindertageseinrichtung besuchen.</u> (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: wenn das Angebot durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter durchgeführt wird: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 1.9 dem Ordner beifügen</i>
				Wie häufig im Zertifizierungsjahr? ca. _____
				Welche Maßnahmen werden organisiert?
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Für Familien aus allen Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
1.10	organisiert für Kinder der Einrichtung (ggf. auch mit ihren Eltern) spezielle Kurse oder Projekte zur zusätzlichen Sprachförderung (wobei unter „zusätzlich“ gezielte Maßnahmen zu verstehen sind, die über Förderung der Sprachfähigkeiten im Alltag hinausgehen). (Einrichtungsleistung bzw. Verbundleistung außerhalb der Öffnungszeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: wenn das Angebot durch eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter durchgeführt wird: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 1.10 dem Ordner beifügen*</i>
				Wie häufig im Zertifizierungsjahr? ca. _____
				Zu welchen Zeiten? <input type="checkbox"/> während der Öffnungszeiten der Tageseinrichtungen <input type="checkbox"/> außerhalb der Öffnungszeiten der Tageseinrichtungen
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Bitte beschreiben Sie kurz das Angebot:
				1. Verbundeinrichtung:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
				2. Verbundeinrichtung: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): <hr/>
				3. Verbundeinrichtung: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): <hr/>
				4. Verbundeinrichtung: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): <hr/>
				5. Verbundeinrichtung: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): <hr/>
				6. Verbundeinrichtung: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): <hr/>
				7. Verbundeinrichtung: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): <hr/>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p>
1.11	ermöglicht – unabhängig von einer eventuellen Sprechstunde – individuelle Erziehungs-/ Familienberatung in seinen Räumlichkeiten. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>Bitte beschreiben Sie kurz die Art des Angebotes:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:</p> <p>In welcher Verbundeinrichtung findet die Beratung statt?</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wer führt die Beratung durch? <input type="checkbox"/> Kooperationspartner <input type="checkbox"/> eigene einschlägig qualifizierte Fachkraft</p> <p><u>Wenn eigene einschlägig qualifizierte Fachkraft:</u> (Nachweis bitte als Anlage 6.4.1 dem Ordner beifügen) Name: Qualifikation:</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: Name beratende Fachkraft/Fachkräfte: Anschrift:</p>
1.11.1	UND ermöglicht eine ungestörte Beratungssituation und der Vertrauensschutz ist gewährleistet. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12	ermöglicht, wenn die Rechtslage dies zulässt, individuelle Therapien (bspw. durch freie Praxen) in seinen Räumlichkeiten. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<p>Welche Therapiearten/-angebote werden ermöglicht?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
1.12.1	<u>ODER</u> bietet Kindern die Möglichkeit, während der Öffnungszeiten der Einrichtung Therapien in Praxen in der unmittelbaren Nachbarschaft zu nutzen. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie wird das Angebot/der Fahrdienst organisiert?
			
			
			
			
			
			
1.13	verfügt über weitere, spezielle Verfahren zur Früherkennung (bspw. Motorik, Lese-/Rechtschreibschwäche, Verhaltensauffälligkeiten, Begabungsförderung) und wendet sie an. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?
				1. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____
				2. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____
				3. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____
			
			
			

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>4. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____</p> <p>5. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____</p> <p>6. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____</p> <p>7. Verbundeinrichtung: Name des Verfahrens: _____ Wie häufig? _____</p>
1.14	sorgt dafür, dass eine aufsuchende Elternarbeit (soweit notwendig unter Einbeziehung mehrsprachiger Ansprechpersonen) durchgeführt wird, wobei dies nicht durch das Personal der Tageseinrichtung geschehen muss. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<p>Aus welchen Anlässen findet aufsuchende Elternarbeit statt? _____ _____ _____</p> <p>Wird sie mit Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wer führt diese durch? _____</p> <p>Wie viel Prozent der Eltern werden durchschnittlich im Zertifizierungsjahr aufgesucht? ca. _____ % aller Eltern</p> <p>Werden bei Bedarf mehrsprachige Ansprechpersonen einbezogen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
1.15	sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Fragen der Gesundheitsförderung/ Bewegungsförderung spezialisiert ist (nachgewiesen bspw. durch Zusatzausbildung oder Aus-/Fortbildung). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<p><i>Wenn ja:</i> bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 1.15 dem Ordner beifügen</p> <p>In welcher Verbundeinrichtung? _____</p> <p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters: _____</p>
1.15.1	UND die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter berät Eltern und Fachkräfte zu Fragen der Gesundheitsförderung/ Bewegungsförderung? (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<p>Wie ist die Beratung organisiert? _____ _____ _____</p> <p>Werden Eltern und Fachkräfte <i>aller</i> Verbundeinrichtungen beraten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
1.16	sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf das Thema „Kinderschutz“ spezialisiert ist (nachgewiesen bspw. durch Zusatzausbildung, Fortbildung, Mitgliedschaft in einem einschlägigen Arbeitskreis). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 1.16 dem Ordner beifügen
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:
1.16.1	UND die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter dient als Multiplikatorin oder Multiplikator zum Thema Kinderschutz. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Form/wodurch dient die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter als Multiplikatorin oder Multiplikator?
			
			
			
			
Werden Eltern und Fachkräfte <i>aller</i> Verbundeinrichtungen beraten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				

2. Förderung von Familienbildung und Erziehungspartnerschaft

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
2.1	<p>verfügt über ein aktuelles Verzeichnis von Angeboten der Eltern- und Familienbildung in der Umgebung (bspw. Kurse von Familienbildungsstätten, Volkshochschulen, freie Initiativen, Integrationsfachstellen, Vereinen zugewanderter Eltern, ...).</p> <p>(Einrichtungsleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	<p>organisiert Kurse zur Stärkung der Erziehungskompetenz, die mit Einrichtungen der Familienbildung durchgeführt werden sollen, mit einem Platzangebot für mindestens 20 % aller Eltern der Einrichtung im Zertifizierungsjahr; soweit es sich um längerfristig angelegte Kurse von besonderer Qualität handelt, kann die Quote von 20 % auch unterschritten werden.</p> <p>(Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.2 dem Ordner und gegebenenfalls auch eine Kopie des Konzeptes beifügen (max. 2 Seiten)</p>			
<p>bitte Kursnamen, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und den Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p>			
<p>Kurs im Zertifizierungsjahr: Titel/Thema:</p> <p>.....</p>			
<p>Datum:</p> <p>.....</p>			
<p>Dauer: _____ Treffen à _____ Stunden</p>			
<p>Ort:</p> <p>.....</p>			
<p>Platzangebot im Zertifizierungsjahr:</p> <p><input type="checkbox"/> für weniger als 20% aller Eltern der Einrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> für mindestens 20% aller Eltern der Einrichtung</p>			
<p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>			
<p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:</p> <p>.....</p>			
<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p>.....</p>			
<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</p> <p>Anbieter:</p> <p>.....</p>			
<p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>.....</p>			
<p>Anschrift:</p> <p>.....</p>			

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
2.3	<p>organisiert in der Tageseinrichtung regelmäßig ein offenes Elterncafé, das Eltern als Treffpunkt dient (mindestens <u>einmal</u> im Monat). (Einrichtungsleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>1. Verbundeinrichtung: Wann (Wochentag)? _____ Wie häufig im Monat? _____</p>			
<p>2. Verbundeinrichtung: Wann (Wochentag)? _____ Wie häufig im Monat? _____</p>			
<p>3. Verbundeinrichtung: Wann (Wochentag)? _____ Wie häufig im Monat? _____</p>			
<p>4. Verbundeinrichtung: Wann (Wochentag)? _____ Wie häufig im Monat? _____</p>			
<p>5. Verbundeinrichtung: Wann (Wochentag)? _____ Wie häufig im Monat? _____</p>			
<p>6. Verbundeinrichtung: Wann (Wochentag)? _____ Wie häufig im Monat? _____</p>			
<p>7. Verbundeinrichtung: Wann (Wochentag)? _____ Wie häufig im Monat? _____</p>			
2.4	<p>organisiert Elternveranstaltungen (bspw. Elternfrühstück oder Elternabend mit einem bestimmten Thema) zu pädagogisch wichtigen Themen (mindestens <u>viermal</u> im Zertifizierungsjahr). (Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><i>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.4 dem Ordner beifügen</i></p>			
<p><i>bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</i></p>			
<p>1. Veranstaltung: Titel/Thema: _____ Datum: _____ Ort: _____</p>			
<p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>			
<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p>			
<p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: _____ Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____</p>			
<p>Anschrift: _____</p>			

Basisleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
				2. Veranstaltung:
				Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u>
				Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				3. Veranstaltung:
				Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u>
				Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				4. Veranstaltung:
				Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p>
2.5	<p>organisiert interkulturell ausgerichtete Veranstaltungen und Aktivitäten, die besonders auf die Bedürfnisse von Familien mit Zuwanderungsgeschichte zugeschnitten sind und diese dazu anregen, sich zu beteiligen (mindestens <u>einmal</u> pro Zertifizierungsjahr). (Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.5 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p> <p>Titel/Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
2.6	organisiert mindestens eine <u>niedrigschwellige Aktivität für Erwachsene</u> (einmal im Zertifizierungsjahr). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.6 dem Ordner beifügen
				bitte Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben
				Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):
2.7	ermöglicht Eltern, Familienselbsthilfeorganisationen und anerkannten Elternvereinen im Familienzentrum Treffen, Beratungen oder andere Aktivitäten durchzuführen. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Möglichkeiten bestehen?
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Name der Organisation oder des Vereins (1 Bsp.):
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:

Basisleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
2.8	macht Angebote zur Gesundheitsförderung und/oder Bewegungsförderung (Elternkurse, Eltern-Kind-Kurse) (mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierungsh albjahr). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.8 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort:</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p>
				<p>2. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort:</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner) </p>

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 2 für die Evaluation verwendet werden? Nein **(Wenn NEIN weiter mit Leistungsbereich 3)**
Ja

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			Nein	Ja	
2.9	organisiert Deutschkurse für Eltern mit Zuwanderungsgeschichte (mindestens ein Kurs pro Zertifizierungshalbjahr). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.9 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: _____ Datum: _____ Ort: _____</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: _____ Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____ Anschrift: _____</p> <p>2. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: _____ Datum: _____ Ort: _____</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: _____ Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____ Anschrift: _____</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
			<p>ggf. weitere Kurse im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
2.10	<p>organisiert weitere Bildungsmöglichkeiten speziell für Eltern mit Zuwanderungsgeschichte (bspw. Rucksack-Projekt)</p> <p>(mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierung<u>halbjahr</u>).</p> <p>(Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.10 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p>
				<p>1. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p>
				<p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
				<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p>
				<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</p> <p>Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p>
				<p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p>
				<p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
				<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</p> <p>Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>ggf. weitere Kurse im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2.11	<p>macht Angebote speziell für Alleinerziehende (mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierungshalbjahr). (Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.11 dem Ordner beifügen</i></p> <p>bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</p> <p>Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p>
2.12	<p>macht Angebote für Eltern in den Bereichen Haushaltsführung/Schulden und/oder Arbeitsmarkt- und Berufsorientierung (mindestens ein Angebot pro Zertifizierungshalbjahr). (Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.12 dem Ordner beifügen</i></p> <p>bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort:</p> <p>Für Familien aus allen Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>2. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort:</p> <p>Für Familien aus allen Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):
2.13	macht Angebote zur Stärkung der Kompetenz speziell von Vätern (mindestens ein Angebot pro Zertifizierungshalbjahr). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Wenn ja:</u> bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.13 dem Ordner beifügen
				bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben
				1. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
				<p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: _____</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____</p> <p>Anschrift: _____</p> <p>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner): _____ _____ _____ _____ _____</p>
2.14	<p>macht Angebote zur Medien- erziehung und/oder Leseförderung (Elternkurse, Eltern-Kind-Kurse) (mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierungshalbjahr). (Verbundleistung)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.14 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
3.3	organisiert in jedem Zertifizierungsjahr Informationsveranstaltungen für Eltern zum Thema Kindertagespflege (mindestens <u>einmal</u> im Zertifizierungsjahr). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte <i>Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer als Anlage 3.3 dem Ordner beifügen</i>
				<i>bitte Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</i>
				Veranstaltung im Prüfzeitraum: Titel/Thema: Datum: Ort:
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: Anschrift:
				ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):
3.4	sorgt dafür, dass eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Fragen der Eltern zur Kindertagespflege kompetent eingehen kann (nachgewiesen bspw. durch Zusatzausbildung, Fortbildung oder regelmäßige Treffen mit der Fachberatungs- und Vermittlungsstelle). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte <i>entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 3.4 dem Ordner beifügen</i>
				Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Berät die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter Eltern bzgl. der Kindertagespflege? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Werden Eltern und Fachkräfte <i>aller</i> Verbundeinrichtungen beraten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
3.5	verfügt über eine schriftliche Darstellung seines Angebots zum Thema „Kindertagespflege“ und legt/ hängt diese an Orten aus, an denen Familien mit unter dreijährigen Kindern erreicht werden, die noch keine Einrichtung besuchen. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Darstellung aller Verbundeinrichtungen als Anlage 3.5 dem Ordner beifügen bitte die eingereichten Unterlagen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden
				Wo liegen die Materialien aus? Bitte nennen Sie Institution und Anschrift (max. 2 Bsp.):
3.6	verfügt über Informationen zu Angeboten der Qualifizierung von Tageseltern im Stadtteil/Kreis. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.7	verfügt über Kontakte zu Tageseltern im Stadtteil und bindet sie in die Einrichtung mit ein (z.B. durch Einladungen zu Festen, Elternabenden etc.). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl der Tageseltern, zu denen Kontakt besteht: ca. _____
				Wie werden die Tageseltern im Familienzentrum eingebunden?
3.8	organisiert die Vermittlung von Kindertagespflegepersonen ggf. in Kooperation mit einer Fachberatungs- und Fachvermittlungsstelle. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name der zuständigen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				ggf. Fachberatungs- und Fachvermittlungsstelle (1 Bsp.): Anbieter: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: Anschrift:

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 3 für die Evaluation verwendet werden? **Nein** **(Wenn NEIN weiter mit Leistungsbereich 4)**
Ja

Aufbauleistungen

Ihr Familienzentrum:		Nein	Ja	
3.9	ermöglicht einzelnen Tageseltern die Nutzung von Räumen der Einrichtung <u>außerhalb der Öffnungszeiten</u> (Randzeitenbetreuung). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Verbundeinrichtung?
				Raumanzahl insgesamt: _____
				Mögliche Nutzungszeiten: von _____ Uhr bis _____ Uhr
				An welchen Wochentagen?
				Anzahl Tageseltern, die das Raumangebot nutzen: _____
3.10	ermöglicht einzelnen Tageseltern für ihre Betreuungsangebote die Nutzung von freien Räumen der Einrichtung <u>während der Öffnungszeiten</u> (bspw. Kleingruppen für unter Dreijährige). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Verbundeinrichtung?
				Raumanzahl insgesamt: _____
				Mögliche Nutzungszeiten: von _____ Uhr bis _____ Uhr
				An welchen Wochentagen?
				Anzahl Tageseltern, die das Raumangebot nutzen: _____
3.11	verfügt über Kenntnisse (ggf. in Kooperation mit einem Partner) von Tageseltern, die eine Kompetenz für die Betreuung von Kindern mit Behinderungen haben. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> eigene Kontakte <input type="checkbox"/> Kontakte eines Kooperationspartner
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
3.12	verfügt über Kenntnisse (ggf. in Kooperation mit einem Partner) von Tageseltern, die eine interkulturelle Kompetenz haben. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> eigene Kontakte <input type="checkbox"/> Kontakte eines Kooperationspartner
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:

Aufbauleistungen

Ihr Familienzentrum:		Nein	Ja	
3.13	organisiert Treffen zum Austausch zwischen Tageseltern (bspw. Tageselterncafé) (mindestens <u>einmal</u> im Quartal). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben
				1. Quartal im Prüfzeitraum: Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				2. Quartal im Prüfzeitraum: Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:				
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:				
Anschrift:				
3. Quartal im Prüfzeitraum: Titel/Thema:				
Datum:				
Ort:				
Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				

Aufbauleistungen

Ihr Familienzentrum:		Nein	Ja	
				<p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: _____ Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____ Anschrift: _____</p> <p>4. Quartal im Prüfzeitraum: Titel/Thema: _____ Datum: _____ Ort: _____</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: _____ Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____ Anschrift: _____</p> <p>ggf. weitere Treffen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner): _____ _____ _____</p>
3.14	organisiert die Begleitung von Treffen von Tageseltern durch qualifizierte Fachkräfte. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>bitte Veranstaltungstitel/das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</i></p> <p>Treffen: Titel/Thema: _____ Datum: _____ Ort: _____</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter: _____ Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____ Anschrift: _____</p>

Aufbauleistungen

Ihr Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
3.15	kooperiert mit einem Tagespflegeverein/-vermittlungsstelle/-börse o.Ä. (Gemeinschaftsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 3.15 dem Ordner beifügen
3.15.1	ODER hat eine eigene Mitarbeiterin oder einen eigenen Mitarbeiter mit einschlägiger Qualifikation, die/der Vermittlung und Beratung leistet. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:
				Bitte beschreiben Sie kurz die Vermittlung und Beratung:

4. Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Basisleistungen

Ihr Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
4.1	verfügt über Kenntnisse der Bedarfslage von Eltern, indem es <u>bei der Anmeldung</u> den zeitlichen Betreuungsbedarf von Eltern so abfragt, dass auch <u>Bedarfe erfasst werden, die über die Öffnungszeiten der Einrichtungen hinausgehen.</u> (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte Blankoformular der Anmeldung aller Verbundeinrichtungen als Anlage 4.1 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte die eingereichten Unterlagen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden</p>
4.2	verfügt über Kenntnisse der Bedarfslage von Eltern mit Kindern in der Einrichtung, indem es <u>einmal jährlich</u> den zeitlichen Betreuungsbedarf von Eltern so abfragt, dass auch <u>Bedarfe erfasst werden, die über die Öffnungszeiten der Einrichtungen hinausgehen.</u> (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte Blankoformular der Bedarfsabfrage aller Verbundeinrichtungen als Anlage 4.2 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte die eingereichten Unterlagen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden</p> <p>Datum der letzten Durchführung:</p> <p>Datum der nächsten Durchführung:</p>
4.3	organisiert für Familien, die einen Betreuungsbedarf über die Öffnungszeiten der Einrichtung hinaus haben, eine Beratung und/oder die Vermittlung dieser Betreuung. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie ist die Beratung organisiert?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:</p> <p>In welcher Verbundeinrichtung?</p> <p>Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner:</u> Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p>
4.4	organisiert für Kinder der Einrichtung, deren Eltern es wünschen, ein Mittagessen. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Essensanbieter:</p>

Basisleistungen

Ihr Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
4.5	organisiert Betreuungsangebote für unter Dreijährige. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betreuungsform:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.6	organisiert regelmäßig Betreuungsangebote bis mindestens 18:30 Uhr (nach dem Gesetz geförderte Gruppen, Randzeitenangebote von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung oder durch Dritte,...) (mindestens <u>einmal</u> wöchentlich). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte beschreiben Sie kurz das Betreuungsangebot:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Uhrzeiten: von _____ Uhr bis _____ Uhr
				Wochentage:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4.7	verfügt über einen Pool von Babysittern zur Vermittlung an interessierte Eltern. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	organisiert eine Notfallbetreuung für Kinder, deren Geschwister die Einrichtung besuchen. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>bitte jeweils für die Verbundeinrichtungen kurz beschreiben, wie die Notfallbetreuung organisiert ist</i>
				1. Verbundeinrichtung:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				2. Verbundeinrichtung:

Basisleistungen

Ihr Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				3. Verbundeinrichtung:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				4. Verbundeinrichtung:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				5. Verbundeinrichtung:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				6. Verbundeinrichtung:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
7. Verbundeinrichtung:				
Verfügbare Platzanzahl: ca. _____				
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:				

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
4.12	kooperiert mit Unternehmen und organisiert Betreuungsangebote für die Kinder der Beschäftigten (bspw. Belegrechte, Notbetreuungs-kontingente, ...). (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 4.12 dem Ordner beifügen
				Verfügbare Platzkontingente: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Kooperationspartner: Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
4.13	kooperiert mit der Arbeitsagentur und/oder der ARGE, vor allem um für arbeitssuchende Eltern Betreuungsangebote zu ermöglichen. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 4.13 dem Ordner beifügen
				Verfügbare Platzkontingente: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Kooperationspartner: Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
4.14	organisiert im Bedarfsfall (bspw. Krankheit oder Dienstreise der Eltern) eine häusliche Betreuung. (Verbundleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte beschreiben Sie kurz das Vorgehen:

				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				In welcher Verbundeinrichtung?
				Für Familien aus <i>allen</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Das Familienzentrum:					
		Nein	Ja		
4.15	ermöglicht Eltern und Geschwisterkindern die Teilnahme an Mahlzeiten. (Einrichtungsleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<i>bitte jeweils kurz das Vorgehen beschreiben</i>	
				1. Verbundeinrichtung:	
				
				
				Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____	
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:	
				2. Verbundeinrichtung:	
				
				
				Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____	
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:	
				3. Verbundeinrichtung:	
				
.....					
Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____					
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:					
4. Verbundeinrichtung:					
.....					
.....					
Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____					
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:					
5. Verbundeinrichtung:					
.....					
.....					
Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____					
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:					
6. Verbundeinrichtung:					
.....					
.....					
Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____					
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:					
7. Verbundeinrichtung:					
.....					
.....					
Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____					
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:					

B. Struktur des Familienzentrums

5. Ausrichtung des Angebotes am Sozialraum

Basisstrukturen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
5.1	verfügt über aktuelle <u>qualitative</u> Informationen über sein Umfeld (soziale Lage, Wirtschaftsstruktur, Art der Wohnbebauung, Freiflächen/ Spielflächen, besondere Stärken und Schwächen, ...). (Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung aller Verbundeinrichtungen oder eine gemeinsame schriftliche Darstellung als Anlage 5.1 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte ggf. die eingereichten Darstellungen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, zu welcher Verbundeinrichtung diese jeweils gehören</p> <p>bitte für die Bearbeitung der Konzeption die entsprechenden Erläuterungen im Handbuch beachten</p>
5.2	organisiert einen Teil seiner Leistungen für Familien im Umfeld, die <u>keine</u> Kinder in Tageseinrichtungen haben. (Einrichtungs- oder Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Durchschnittliche Anzahl der Familien: ca. _____</p> <p>An welchen Angeboten und Leistungen können diese Familien teilnehmen?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5.3	verfügt über Belege/ Begründungen, dass sein Angebot zu den Bedingungen des Umfeldes passt. (Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung aller Verbundeinrichtungen oder eine gemeinsame schriftliche Darstellung als Anlage 5.3 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte ggf. die eingereichten Darstellungen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, zu welcher Verbundeinrichtung diese jeweils gehören</p> <p>bitte für die Bearbeitung der Konzeption die entsprechenden Erläuterungen im Handbuch beachten</p>
5.4	kooperiert mit einer Grundschule (oder mehreren Grundschulen) im Umfeld, so dass Familien mit Grundschulkindern Angebote des Familienzentrums nutzen können. (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Grundschule:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Inhalt/e der Kooperation:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 5 für die Evaluation verwendet werden?	Nein <input type="checkbox"/> (Wenn NEIN weiter mit Strukturbereich 6) Ja <input type="checkbox"/>
---	--

Aufbaustrukturen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
5.5	verfügt über <u>Daten</u> zur sozialen Lage in seinem Umfeld (bspw. Bevölkerungsdaten, Einkommen, Anteil von Familien mit Zuwanderungsgeschichte, Hartz-IV-Empfängerinnen und -empfängern, ...). (Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte statistische Daten als Anlage 5.5 dem Ordner beifügen
5.6	kooperiert mit einer Senioreneinrichtung oder Gruppen von Seniorinnen und Senioren im Umfeld und organisiert mit ihr gemeinsame Angebote mit Kindern, Seniorinnen und Senioren (mindestens <u>einmal</u> pro Zertifizierungsh albjahr). (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Senioreneinrichtung: </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Anschrift: </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Inhalt/e der Kooperation: </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px; background-color: #e0e0e0;"> bitte jeweils den Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) angeben </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> 1. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: _____ Datum: _____ Ort: _____ </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> Für Kinder <i>aller</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;"> 2. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: _____ Datum: _____ Ort: _____ </div> <div style="padding-bottom: 5px;"> Für Kinder <i>aller</i> Verbundeinrichtungen nutzbar? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein </div> </div>

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
			<p>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
5.7	kooperiert mit einem Ortsteilarbeitskreis (oder einem ähnlichen sozialraumbezogenen Gremium) (Treffen mindestens <u>zweimal</u> jährlich). (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<p>Name des Ortsteilarbeitskreises:</p> <p>.....</p> <p>bitte jeweils Datum und vertretene Institutionen angeben</p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Gremium:</p> <p>Datum:</p> <p>im Gremium vertretene Institutionen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
			<p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Gremium:</p> <p>Datum:</p> <p>im Gremium vertretene Institutionen:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
			<p>ggf. weitere Termine im Prüfzeitraum (mit Datum, Institutionen):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
5.8	sorgt dafür, dass sein Angebot regelmäßig in Hinblick auf den Bedarf des Umfeldes überprüft wird (mindestens <u>einmal</u> im Zertifizierungsjahr). (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte schriftliche Darstellung als Anlage 5.8 dem Ordner beifügen (max. 2 Seiten)</p>

6. Aufbau einer verbindlichen Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Diensten, deren Tätigkeit den Aufgabenbereich des Familienzentrums berührt

Basisstrukturen

Ihr Familienzentrum:		Nein	Ja	
6.1	verfügt über Räumlichkeiten in der Tageseinrichtung oder im unmittelbaren Umfeld, in denen Angebote des Familienzentrums (auch durch Kooperationspartner) durchgeführt werden können, ohne dass es zu wechselseitigen Beeinträchtigungen zwischen diesen Angeboten und der pädagogischen Arbeit in der Tageseinrichtung kommt. (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl der Räume im Familienzentrum insgesamt: _____
				1. Verbundeinrichtung: _____ 2. Verbundeinrichtung: _____ 3. Verbundeinrichtung: _____ 4. Verbundeinrichtung: _____ 5. Verbundeinrichtung: _____ 6. Verbundeinrichtung: _____ 7. Verbundeinrichtung: _____
				Wenn Sie Räume von Kooperationspartnern im Umfeld nutzen: Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter: _____ Anzahl der Räume: _____ Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____ Anschrift: _____
6.2	verfügt über ein aktuelles Verzeichnis der Kooperationspartner (bspw. Erziehungs-/ Familienberatungsstellen, Familienbildungsstätten, Tagespflegevermittlung/-beratung, Integrationsfachstelle, ...) in dem Anschriften, zentrale Ansprechpartner, Aufgaben und Leistungen der Kooperationspartner angegeben sind. (Einrichtungsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Verzeichnis aller Verbundeinrichtungen oder ein gemeinsames Verzeichnis mit Kontaktdaten der Kooperationspartner UND einer kurzen <u>Leistungs-/ Angebotsbeschreibung</u> als Anlage 6.2 dem Ordner beifügen bitte ggf. die eingereichten Verzeichnisse so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, zu welcher Verbundeinrichtung diese jeweils gehören
6.2.1	UND sorgt dafür, dass allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Kooperationspartner und deren Angebote bekannt sind. (Einrichtungsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie werden diese Informationen im Team bekannt gemacht? _____ _____ _____ _____ _____ Steht das Verzeichnis in allen Verbundeinrichtungen zur Verfügung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Basisstrukturen

Ihr Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
6.3	verfügt über eine Lenkungsgruppe oder Ähnliches, in der es mit den <u>wichtigsten Kooperationspartnern</u> die Weiterentwicklung des Familienzentrums steuert. (mindestens <u>halbjährliche Treffen</u>) (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>bitte jeweils Datum und Kooperationspartner angeben</i>
				1. Zertifizierungshalbjahr: Datum: _____ teilnehmende Kooperationspartner: _____ _____ _____
				2. Zertifizierungshalbjahr: Datum: _____ teilnehmende Kooperationspartner: _____ _____ _____
				ggf. weitere Termine im Prüfzeitraum (mit Datum und teilnehmenden Kooperationspartnern): _____ _____ _____
6.4	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen für Erziehungs-/Familienberatung. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 6.4 dem Ordner beifügen
6.4.1	ODER hat eine eigene Mitarbeiterin oder einen eigenen Mitarbeiter mit einschlägiger Qualifikation, die/der die Erziehungs-/Familienberatungsangebote durchführt. (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 6.4.1 dem Ordner beifügen Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters: In welcher Verbundeinrichtung?
6.4.2	ODER verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem Anbieter von Familienbildung. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 6.4.2 dem Ordner beifügen
6.4.3	ODER hat eine eigene Mitarbeiterin oder einen eigenen Mitarbeiter mit einschlägiger Qualifikation, die/der die Familienbildungsangebote durchführt. (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 6.4.3 dem Ordner beifügen Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters: In welcher Verbundeinrichtung?

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 6 für die Evaluation verwendet werden? Nein (Wenn NEIN weiter mit Strukturbereich 7)
 Ja

Aufbaustrukturen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
6.5	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen für Erziehungs-/Familienberatung UND einem Anbieter von Familienbildung. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.1	ODER eigene Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit einschlägiger Qualifikation führen die Erziehungs-/Familienberatung- UND Familienbildungsangebote durch. (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen aus dem Gesundheitsbereich (z.B. Kinderarzt, Zahnarzt, ...). (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 6.6 dem Ordner beifügen</i>
6.7	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen, die im Bereich der interkulturellen Öffnung und/oder der Förderung von Kindern und Familien mit Zuwanderungsgeschichte tätig sind (bspw. Kommunale Integrationszentren, Integrationsagenturen/-fachstellen, Elternvereine, Migrantenselbstorganisationen). (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 6.7 dem Ordner beifügen</i>
6.8	verfügt über schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit weiteren Partnern zur Entwicklung und Durchführung besonderer Angebote. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 6.8 dem Ordner beifügen</i>

7. Bekanntmachung des Angebotes durch zielgruppenorientierte Kommunikation

Basisstrukturen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
7.1	verfügt über aktuelle Flyer, Broschüren, Infoblätter und/oder bildhafte Plakate mit Darstellungen seines Angebots, wobei alle Bestandteile aus den Leistungsbereichen 1 bis 4 berücksichtigt sind. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte schriftliche Darstellungen als Anlage 7.1 dem Ordner beifügen
7.1.1	ODER verfügt über eine aktuelle Internet-Seite mit Darstellungen seines Angebots, wobei alle Bestandteile aus den Leistungsbereichen 1 bis 4 berücksichtigt sind. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adresse/n der Internetseite/n:
7.2	sorgt dafür, dass an einem Aushang (Schwarzes Brett) in der Tageseinrichtung alle aktuellen Angebote des Familienzentrums (Leistungen in den Bereichen 1 bis 4) angekündigt sind. (Einrichtungsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3	verfügt über eine eigene E-Mail-Adresse, über die Familien Kontakt aufnehmen und eine schnelle Antwort erhalten können. (Einrichtungsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E-Mail-Adressen der Verbundeinrichtungen: 1. Verbundeinrichtung: 2. Verbundeinrichtung: 3. Verbundeinrichtung: 4. Verbundeinrichtung: 5. Verbundeinrichtung: 6. Verbundeinrichtung: 7. Verbundeinrichtung:
7.4	sorgt dafür, dass Darstellungen seiner Angebote (z.B. Flyer) an unterschiedlichen Stellen ausliegen bzw. ausgehängt werden (bspw. Supermarkt, Kinderarztpraxen, ...). (Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auslageplätze: _____ _____ _____ _____

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 7 für die Evaluation verwendet werden? Nein (Wenn NEIN weiter mit Strukturbereich 8)
Ja

Aufbaustrukturen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
7.5	verfügt über Darstellungen seines Angebots in mindestens einer anderen Sprache. <small>(Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellungen aller Verbundeinrichtungen oder eine gemeinsame Darstellung (z.B. Flyer) als Anlage 7.5 dem Ordner beifügen</p> <p><i>bitte ggf. die eingereichten Darstellungen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, zu welcher Verbundeinrichtung diese jeweils gehören</i></p>			
7.6	sorgt dafür, dass seine Angebote über Presseartikel (Printmedien, Radio, Fernsehen) bekannt gemacht werden <small>(mindestens <u>zweimal</u> im Zertifizierungsjahr). (Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Wenn ja: bitte mindestens zwei Presseartikel aus dem <u>Zertifizierungsjahr</u> als Anlage 7.6 dem Ordner beifügen</p> <p><i>bitte ggf. die eingereichten Unterlagen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, zu welcher Verbundeinrichtung diese jeweils gehören</i></p>			
7.7	sorgt dafür, dass seine Angebote auf Veranstaltungen im Umfeld präsentiert werden <small>(mindestens <u>einmal</u> im Zertifizierungsjahr). (Verbund- oder Gemeinschaftsstruktur)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Art der Veranstaltung im Umfeld im Prüfzeitraum:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p> <p>Art der Präsentation:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Datum der <u>nächsten</u> Veranstaltung:</p>			
7.8	organisiert einen Tag der Offenen Tür, ein Fest o. Ä., wobei das Angebot des Familienzentrums präsentiert wird <small>(mindestens <u>einmal</u> im Zertifizierungsjahr). (Gemeinschaftsstruktur)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Art der Veranstaltung im Familienzentrum im Prüfzeitraum:</p> <p>Datum:</p> <p>Art der Präsentation:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Datum der <u>nächsten</u> Veranstaltung:</p>			

8. Sicherung der Qualität durch Leistungsentwicklung und Selbstevaluation

Basisstrukturen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
8.1	verfügt über eine schriftliche Konzeption, die eine Darstellung über die Entwicklung zum Familienzentrum und über seine Angebote enthält. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung als Anlage 8.1 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte für die Bearbeitung der Konzeption die entsprechenden Erläuterungen im Handbuch beachten</p>
8.2	sorgt dafür, dass über die im Gesetz vorgesehenen Bedarfsabfragen mindestens alle zwei Jahre eine Elternbefragung mit speziellen, auf das Familienzentrum ausgerichteten Fragestellungen durchgeführt wird. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte Blankoformular des Bedarfsabfragebogens aller Verbundeinrichtungen als Anlage 8.2 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte die eingereichten Formulare so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden</p> <p>Datum der letzten Durchführung:</p> <p>Datum der nächsten Durchführung:</p>
8.3	sorgt dafür, dass – <u>über die Zuständigkeit der Leitung hinaus</u> – mindestens ein Drittel der pädagogischen Fachkräfte der Einrichtung Schwerpunkte in den Leistungsbereichen des Familienzentrums übernehmen/betreuen (Förderung von Spezialisierung: z.B. Zuständigkeit für Tagespflege, für die Kooperation mit Erziehungs-/ Familienberatung). (Einrichtungsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>bitte jeweils die Gesamtanzahl der päd. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Namen und Schwerpunkte angeben</p> <p>1. Verbundeinrichtung: Gesamtanzahl (ohne Leitung): _____ davon haben Schwerpunkte übernommen (Anzahl): _____ und zwar (bitte Namen und Schwerpunkte notieren):</p> <p>2. Verbundeinrichtung: Gesamtanzahl (ohne Leitung): _____ davon haben Schwerpunkte übernommen (Anzahl): _____ und zwar (bitte Namen und Schwerpunkte notieren):</p> <p>3. Verbundeinrichtung: Gesamtanzahl (ohne Leitung): _____ davon haben Schwerpunkte übernommen (Anzahl): _____ und zwar (bitte Namen und Schwerpunkte notieren):</p>

Basisstrukturen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>4. Verbundeinrichtung: Gesamtanzahl (ohne Leitung): _____ davon haben Schwerpunkte übernommen (Anzahl): _____ und zwar (bitte Namen und Schwerpunkte notieren): _____ _____ _____</p> <p>5. Verbundeinrichtung: Gesamtanzahl (ohne Leitung): _____ davon haben Schwerpunkte übernommen (Anzahl): _____ und zwar (bitte Namen und Schwerpunkte notieren): _____ _____ _____</p> <p>6. Verbundeinrichtung: Gesamtanzahl (ohne Leitung): _____ davon haben Schwerpunkte übernommen (Anzahl): _____ und zwar (bitte Namen und Schwerpunkte notieren): _____ _____ _____</p> <p>7. Verbundeinrichtung: Gesamtanzahl (ohne Leitung): _____ davon haben Schwerpunkte übernommen (Anzahl): _____ und zwar (bitte Namen und Schwerpunkte notieren): _____ _____ _____</p>
8.4	kooperiert mit der örtlichen Jugendhilfeplanung (mit dem zuständigen Jugendamt), um Informationen über Planungen und Angebote des Familienzentrums auszutauschen. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<p>Kurze Beschreibung der Zusammenarbeit: _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Jugendamt: _____</p>

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 8 für die Evaluation verwendet werden? **Nein** **(Wenn NEIN weiter mit S. 36)**
Ja

Aufbaustrukturen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
8.5	verfügt über ein anerkanntes System für Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung/Qualitätsentwicklung, das <u>Aufgabenfelder des Familienzentrums einschließt</u> , und wendet es an. (Einrichtungsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte eine Darstellung, welche Aufgabenfelder des Familienzentrums einbezogen sind (z.B. das Inhaltsverzeichnis des Verfahrens), für alle Verbundeinrichtungen als Anlage 8.5 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte die eingereichten Unterlagen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden</p>
8.6	kooperiert mit einem örtlichen und/oder trägerspezifischen Arbeitskreis zur Entwicklung von Familienzentren. (Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im trägerspezifischen Arbeitskreis:</p>
				<p>Teilnehmerinnen und Teilnehmer:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
8.7	verfügt über eine schriftliche Konzeption zur Sprachförderung. (Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung aller Verbundeinrichtungen oder eine gemeinsame schriftliche Darstellung als Anlage 8.7 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte ggf. die eingereichten Darstellungen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden</p>
8.7.1	ODER verfügt über ein schriftliches Konzept, in dem die einzelnen Bausteine der interkulturellen Öffnung ausdifferenziert werden. (Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung aller Verbundeinrichtungen oder eine gemeinsame schriftliche Darstellung als Anlage 8.7.1 dem Ordner beifügen</p> <p>bitte ggf. die eingereichten Darstellungen so kennzeichnen, dass ersichtlich wird, von welcher Verbundeinrichtung diese jeweils verwendet werden</p>
8.8	sorgt dafür, dass mindestens 30 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Zertifizierungsjahr an Fortbildungen und Fachtagungen zum Thema „Familienzentrum“ teilnehmen. (Einrichtungs-, Gemeinschafts- oder Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte entsprechende Qualifikationsnachweise/ Teilnahmebescheinigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Zertifizierungsjahr als Anlage 8.8 dem Ordner beifügen</p>
				<p>Gesamtanzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Familienzentrum arbeiten (inkl. Leitung): _____</p>
				<p>Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Zertifizierungsjahr an einer Fortbildung/ Fachtagung teilgenommen haben (inkl. Leitung): _____</p>

Aufbaustrukturen

Das Familienzentrum:						
		Nein	Ja			
				bitte jeweils Namen mit Einrichtungszugehörigkeit, Datum und Thema der Fortbildung/ Fachtagung angeben		
				Name der Fachkraft:	Verbund-einrichtung	Datum und Thema
				1.		
				2.		
				3.		
				4.		
				5.		
				6.		
				7.		
				8.		
				9.		
10.						
8.8.1	ODER organisiert pro Zertifizierungs-jahr entsprechende Inhouse-Fortbildungen mit externen Referentinnen und Referenten. (Einrichtungs-, Gemeinschafts- oder Verbundstruktur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte entsprechende Qualifikationsnachweise der Inhouse-Fortbildung/en aus dem Zertifizierungsjahr als Anlage 8.8.1 dem Ordner beifügen		
				Gesamtanzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Familienzentrum arbeiten (inkl. Leitung): _____		
				Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an der Inhouse-Fortbildung teilgenommen haben (inkl. Leitung):		
				aus 1. Verbundeinrichtung: _____		
				aus 2. Verbundeinrichtung: _____		
				aus 3. Verbundeinrichtung: _____		
				aus 4. Verbundeinrichtung: _____		
				aus 5. Verbundeinrichtung: _____		
				aus 6. Verbundeinrichtung: _____		
				aus 7. Verbundeinrichtung: _____		
				Thema der Inhouse-Fortbildung:		
Datum der Inhouse-Fortbildung: _____						
Referentin oder Referent:						
Name: _____						
Anschrift: _____						

Vielen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens!

9. Zusatzangaben

9. bitte mit JA/NEIN ankreuzen und NUR ausfüllen, wenn Sie noch etwas ergänzen möchten

		Nein	Ja	
	Zusatzangaben der Einrichtungen (mit der zugehörigen Nummer des Kriteriums.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angabe 1				
Angabe 2				
Angabe 3				
Angabe 4				
Angabe 5				
Angabe 6				
Angabe 7				
Angabe 8				