



Familienzentrum NRW

Fragebogen für die Re-Zertifizierung
Einzel-Familienzentrum im
Zertifizierungsjahr 2019/2020



Bitte lesen Sie zur Verwendung dieses Fragebogens das „Handbuch für die Familienzentren im Zertifizierungsjahr 2019/2020“, das konkrete Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens enthält.

PädQUIS[®] FZ GmbH

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Einzel-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 Ordner 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

Familienzentrumszertifizierungs GmbH

Ordensmeisterstr. 15 – 16

12099 Berlin

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Re-Zertifizierung.



Fragebogen zur Re-Zertifizierung Gütesiegel „Familienzentrum NRW“

Einzel-Familienzentrum

Zertifizierungsnummer der Einrichtung:	
Name der Einrichtung:	
Anschrift:	
Bearbeiterin oder Bearbeiter:	
Datum:	
Unterschrift:	
Öffnungszeiten der Einrichtung (von...bis...Uhrzeit):	
Schließzeiten, Urlaub, Teamtage etc. in 2020 (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.
	15.
	16.
	17.
	18.
	19.
20.	

¹ 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 Beratung und Unterstützung 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.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.1	UND verfügt über ein aktuelles Verzeichnis von Angeboten zur Gesundheits- und Bewegungsförderung in der Umgebung.	<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).	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie ist die Beratung organisiert?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
1.3	organisiert Eltern-Kind-Gruppen im Familienzentrum für Familien mit unter dreijährigen Kindern (wenigstens <u>einmal</u> pro Woche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie häufig pro Woche finden die Gruppen statt? _____</p> <p>Durchschnittliche Teilnehmerzahl: ca. _____ Familien</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</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	
1.3.1	<p>ODER kann interessierte Eltern an ein entsprechendes Angebot (bspw. einer Familienbildungsstätte, einer Gemeinde oder einer Elterninitiative) im Einzugsgebiet verweisen.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie häufig pro Woche finden Gruppen statt? _____
				Wo finden diese statt? Anschrift:
				<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.) 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte entsprechende Darstellung als Anlage 1.4 dem Ordner beifügen (eine schematische Darstellung ist möglich)</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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie häufig im Monat? _____
				Wann?
				Bitte beschreiben Sie kurz das Angebot:

				<p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:</p>
				<p>Wo findet die Beratung statt? (wenn nicht im Familienzentrum, bitte Adresse angeben):</p>
<p>Wer führt die Beratung durch?</p> <p><input type="checkbox"/> Kooperationspartner</p> <p><input type="checkbox"/> eigene einschlägig qualifizierte Fachkraft</p>				
<p>Wenn eigene einschlägig qualifizierte Fachkraft: (Nachweis bitte als Anlage 6.4.1 dem Ordner beifügen)</p> <p>Name:</p> <p>Qualifikation:</p>				
<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter:</p>				
<p>Name der beratenden Fachkraft/Fachkräfte:</p>				
<p>Anschrift:</p>				

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
1.6	verfügt über systematische Verfahren zur allgemeinen Früherkennung (Entwicklungsscreening) und wendet sie an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?
				Wie häufig? _____
				Für welche Altersgruppe? _____
1.6.1	ODER wendet selbst entwickelte Verfahren zur Früherkennung an, die eine differenzierte und kriteriengestützte Beobachtung ermöglichen und deren Qualität überprüft wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte ein Blankoformular oder anonymisiertes Beispiel des jeweiligen Verfahrens als Anlage 1.6.1 dem Ordner beifügen</i>
				Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?
				Wie häufig? _____
1.7	verfügt über systematische qualitative Verfahren der Beobachtung, Dokumentation und Planung von Entwicklungsprozessen und wendet sie an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?
				Wie häufig? _____
				Für welche Altersgruppe? _____
1.8	sorgt dafür, dass die Inanspruchnahme von U-Untersuchungen durch gezielte Maßnahmen gefördert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Form wird dies in der Einrichtung umgesetzt?
1.8.1	UND sorgt dafür, dass die Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Kinderärztinnen durch gezielte Maßnahmen gefördert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Form wird dies in der Einrichtung umgesetzt?

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</u> Kindertageseinrichtung besuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
				Wie häufig im Zertifizierungsjahr? ca. _____
				Welche Maßnahmen werden organisiert?
				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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
				Wie häufig im Zertifizierungsjahr? ca. _____
				Bitte beschreiben Sie kurz das Angebot:
				Durchschnittliche Teilnehmerzahl? ca. _____ Kinder/Familien
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
Anschrift:				

Aufbauleistungen

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

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
1.12.1	<p>ODER bietet Kindern die Möglichkeit, während der Öffnungszeiten der Einrichtung Therapien in Praxen in der unmittelbaren Nachbarschaft zu nutzen.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie wird das Angebot/der Fahrdienst organisiert?
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				<p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:</p>
				<p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: Anschrift:</p>
1.13	verfügt über weitere, spezielle Verfahren zur Früherkennung (bspw. Motorik, Lese-/ Recht-schreibschwäche, Verhaltens-auffälligkeiten, Begabungs-förderung) und wendet sie an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Welche Verfahren nutzen Sie?</p> <p>Wie häufig? _____</p>
1.14	sorgt dafür, dass eine auf-suchende Elternarbeit (soweit notwendig unter Einbeziehung mehrsprachiger Ansprech-personen) durchgeführt wird, wobei dies nicht durch das Personal der Tageseinrichtung geschehen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aus welchen Anlässen findet aufsuchende Elternarbeit statt?
				Wer führt diese durch?
				<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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Wenn ja: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 1.15 dem Ordner beifügen</i></p> <p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p>
1.15.1	<p>UND die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter berät Eltern und Fachkräfte zu Fragen der Gesundheitsförderung/ Bewegungsförderung?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie ist die Beratung organisiert?

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.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 1.16 dem Ordner beifügen
				Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:
1.16.1	UND die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter dient als Multiplikatorin oder Multiplikator zum Thema Kinderschutz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In welcher Form/wodurch dient die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter als Multiplikatorin oder Multiplikator?
			
			
			
			
			

2. Förderung von Familienbildung und Erziehungspartnerschaft

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
2.1	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, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>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)</i>
				<i>bitte Kursnamen, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und den Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationspartner angeben</i>
				Kurs im Zertifizierungsjahr: Titel/Thema: _____
				Datum: _____
				Dauer: _____ Treffen à _____ Stunden
				Ort: _____
				Platzangebot im Zertifizierungsjahr: <input type="checkbox"/> für weniger als 20% aller Eltern der Einrichtung <input type="checkbox"/> für mindestens 20% aller Eltern der Einrichtung
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____
				Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter: _____
Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____				
Anschrift: _____				
2.3	organisiert in der Tageseinrichtung regelmäßig ein offenes Elterncafé, das Eltern als Treffpunkt dient (mindestens <u>einmal</u> im Monat).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann (Wochentag)? _____
				Wie häufig im Monat? _____

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
2.4	organisiert Elternveranstaltungen (bspw. Elternfrühstück oder Elternabend mit einem bestimmten Thema) zu pädagogisch wichtigen Themen (mindestens viermal im Zertifizierungsjahr).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Wenn ja:</u> bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.4 dem Ordner beifügen
				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
				1. Veranstaltung: Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				2. Veranstaltung: Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				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:				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:</p> <p>.....</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>.....</p> <p>Anschrift:</p> <p>.....</p> <p>4. Veranstaltung: Titel/Thema:</p> <p>.....</p> <p>Datum:</p> <p>.....</p> <p>Ort:</p> <p>.....</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p>.....</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:</p> <p>.....</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>.....</p> <p>Anschrift:</p> <p>.....</p> <p>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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).</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>Veranstaltung: Titel/Thema:</p> <p>.....</p> <p>Datum:</p> <p>.....</p> <p>Ort:</p> <p>.....</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p>.....</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</p> <p>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> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2.6	<p>organisiert mindestens eine <u>niedrigschwellige Aktivität für Erwachsene</u> (einmal im Zertifizierungsjahr).</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.6 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>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>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
2.7	ermöglicht Eltern, Familienselbsthilfeorganisationen und anerkannten Elternvereinen im Familienzentrum Treffen, Beratungen oder andere Aktivitäten durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Möglichkeiten bestehen?
				Name der Organisation oder des Vereins (1 Bsp.):
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
2.8	macht Angebote zur Gesundheitsförderung und/oder Bewegungsförderung (Elternkurse, Eltern-Kind-Kurse) (mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierungsh albjahr).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.8 dem Ordner beifügen</i>
				<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>
				1. Zertifizierungshalbjahr:
				Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):
				Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				2. Zertifizierungshalbjahr:
Titel/Thema:				
Datum:				
Ort:				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):				
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>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>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 Zertifizierungshalbjahr).</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>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>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u></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>
2.11	macht Angebote speziell für Alleinerziehende (mindestens ein Angebot pro Zertifizierungshalbjahr).	<input type="checkbox"/>	<p><i>Wenn ja:</i> bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.11 dem Ordner beifügen</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. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Ort: _____</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u></p> <p>Anbieter: _____</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____</p> <p>Anschrift: _____</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
				<p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</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>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2.12	<p>macht Angebote für Eltern in den Bereichen Haushaltsführung/Schulden und/oder Arbeitsmarkt- und Berufsorientierung (mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierungshalbjahr).</p>	<input type="checkbox"/>	<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><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. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</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>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:		Nein	Ja	
2.13	macht Angebote zur Stärkung der Kompetenz speziell von Vätern (mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierungsh albjahr).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort: Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: Anschrift: ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.13 dem Ordner beifügen</i> <i>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</i> 1. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort: Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): 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>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u></p> <p>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> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2.14	<p>macht Angebote zur Medien- erziehung und/oder Leseförderung (Elternkurse, Eltern-Kind-Kurse) (mindestens ein Angebot pro Zertifizierungshalbjahr).</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>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p><u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u></p> <p>Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Ort: _____</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>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2.15	<p>macht musisch-kreative Angebote (Elternkurse, Eltern-Kind-Kurse)</p> <p>(mindestens <u>ein Angebot</u> pro Zertifizierungs<u>halbjahr</u>).</p>	<input type="checkbox"/>	<p><i>Wenn ja: bitte Kopie der Angebotsankündigungen (Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer) als Anlage 2.15 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. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Ort: _____</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>

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>2. Zertifizierungshalbjahr:</p> <p>Titel/Thema: _____</p> <p>Datum: _____</p> <p>Ort: _____</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>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2.16	verfügt (im Sinne der Erziehungspartnerschaft) über ein Beschwerdemanagement.	<input type="checkbox"/>	<p>Bitte erläutern Sie kurz das Verfahren:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

3. Unterstützung bei der Vermittlung und Nutzung der Kindertagespflege

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
3.1	verfügt über schriftliche Informationsmaterialien zum Thema „Kindertagespflege“ und legt diese in der Einrichtung aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2	verfügt über Informationen über die Wege zur Vermittlung von Tageseltern in der Kommune (bspw. Jugendamt, Tagespflegevereine, betriebsbezogene Angebote, ...) und kann Eltern entsprechend beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie ist diese Beratung organisiert?
3.3	organisiert in jedem Zertifizierungsjahr Informationsveranstaltungen für Eltern zum Thema Kindertagespflege (mindestens <u>einmal</u> im Zertifizierungsjahr).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><u>Wenn ja:</u> bitte <i>Veranstaltungsverzeichnisse, Aushänge oder Flyer als Anlage 3.3 dem Ordner beifügen</i></p> <p><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></p> <p>Veranstaltung im Prüfzeitraum: 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> <p>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner): </p>

Basisleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters als Anlage 3.4 dem Ordner beifügen</i>
				Berät die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter Eltern bzgl. der Kindertagespflege? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Darstellungen als Anlage 3.5 dem Ordner beifügen</i>
				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.	<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.).	<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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name der zuständigen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:
				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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<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.	<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: _____
3.13	organisiert Treffen zum Austausch zwischen Tageseltern (bspw. Tageselterncafé) (mindestens <u>einmal</u> im Quartal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>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</i>
				1. Quartal im Prüfzeitraum: Titel/Thema: _____
				Datum: _____ Ort: _____
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): _____

Aufbauleistungen

Ihr Familienzentrum:		Nein	Ja	
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				2. Quartal im Prüfzeitraum: Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				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:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<u>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.):</u> Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
				4. Quartal im Prüfzeitraum: Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):

Aufbauleistungen

Ihr Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>ggf. weitere Treffen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
3.14	organisiert die Begleitung von Treffen von Tageseltern durch qualifizierte Fachkräfte.	<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>Wenn Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: Anschrift:</p>
3.15	kooperiert mit einem Tagespflegeverein/-vermittlungsstelle/-börse o.Ä.	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 3.15 dem Ordner beifügen</p>
3.15.1	ODER hat eine eigene Mitarbeiterin oder einen eigenen Mitarbeiter mit einschlägiger Qualifikation, die/der Vermittlung und Beratung leistet.	<input type="checkbox"/>	<p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p> <p>Bitte beschreiben Sie kurz die Vermittlung und Beratung:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Blankoformular der Anmeldung als Anlage 4.1 dem Ordner beifügen</i>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Blankoformular der Bedarfsabfrage als Anlage 4.2 dem Ordner beifügen</i>
				Datum der <u>letzten</u> Durchführung:
				Datum der <u>nächsten</u> Durchführung:
4.3	organisiert für Familien, die einen Betreuungsbedarf über die Öffnungszeiten der Einrichtung hinaus haben, eine Beratung und/oder die Vermittlung dieser Betreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie ist die Beratung organisiert?
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Wenn Kooperationspartner: Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
4.4	organisiert für Kinder der Einrichtung, deren Eltern es wünschen, ein Mittagessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essensanbieter:
4.5	organisiert Betreuungsangebote für unter Dreijährige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betreuungsform:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____

Basisleistungen

Ihr Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betreuungsform:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Uhrzeiten: von _____ Uhr bis _____ Uhr
				Wochentage:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
4.7	verfügt über einen Pool von Babysittern zur Vermittlung an interessierte Eltern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	organisiert eine Notfallbetreuung für Kinder, deren Geschwister die Einrichtung besuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie ist die Notfallbetreuung organisiert?

				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 4 für die Evaluation verwendet werden? Nein **(Wenn NEIN weiter mit Strukturbereich 5)**
Ja

Aufbauleistungen

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
4.9	organisiert eine Notfallbetreuung für <u>andere Kinder</u> aus dem Einzugsgebiet der Einrichtung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie ist die Notfallbetreuung organisiert?
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
4.10	organisiert regelmäßig Betreuungsmöglichkeiten am Wochenende (mindestens <u>zweimal</u> pro Monat).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte beschreiben Sie kurz die Betreuungsmöglichkeiten:
				Termine:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
4.11	organisiert Betreuungsmöglichkeiten, die auf die zeitlichen Bedürfnisse von Eltern im Schichtdienst ausgerichtet sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte beschreiben Sie kurz die Betreuungsmöglichkeiten:
				Verfügbare Platzanzahl: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
4.12	kooperiert mit Unternehmen und organisiert Betreuungsangebote für die Kinder der Beschäftigten (bspw. Belegrechte, Notbetreuungskontingente, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Kooperationsvereinbarung als Anlage 4.12 dem Ordner beifügen</i>
				Verfügbare Platzkontingente: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Kooperationspartner: Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:

Das Familienzentrum:				
		Nein	Ja	
4.13	kooperiert mit der Arbeitsagentur und/oder der ARGE, vor allem um für arbeitssuchende Eltern Betreuungsangebote zu ermöglichen.	<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:
				Kooperationspartner: Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
4.14	organisiert im Bedarfsfall (bspw. Krankheit oder Dienstreise der Eltern) eine häusliche Betreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte beschreiben Sie kurz das Vorgehen:

				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:
				Wenn Kooperationspartner: Anbieter:
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:
				Anschrift:
4.15	ermöglicht Eltern und Geschwisterkindern die Teilnahme an Mahlzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitte beschreiben Sie kurz das Vorgehen:

				Durchschnittliche Anzahl der Personen pro Monat: ca. _____
				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Familienzentrum:

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, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung als Anlage 5.1 dem Ordner beifügen (max. 5 Seiten)
5.2	organisiert einen Teil seiner Leistungen für Familien im Umfeld, die <u>keine</u> Kinder in Tageseinrichtungen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchschnittliche Anzahl der Familien: ca. _____ An welchen Angeboten und Leistungen können diese Familien teilnehmen?
5.3	verfügt über Belege/ Begründungen, dass sein Angebot zu den Bedingungen des Umfeldes passt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung als Anlage 5.3 dem Ordner beifügen (max. 5 Seiten)
5.4	kooperiert mit einer Grundschule (oder mehreren Grundschulen) im Umfeld, so dass Familien mit Grundschulkindern Angebote des Familienzentrums nutzen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grundschule: Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: Anschrift: Inhalt/e der Kooperation:

Sollen die Aufbauleistungen aus dem Bereich 5 für die Evaluation verwendet werden? Nein **(Wenn NEIN weiter mit Strukturbereich 6)**
Ja

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, ...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja:</i> bitte statistische Daten als Anlage 5.5 dem Ordner beifügen (max. 10 Seiten)
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 Zertifizierung <u>shalbjahr</u>).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Senioreneinrichtung:</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Inhalt/e der Kooperation:</p> <p><i>bitte jeweils den Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) angeben</i></p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort:</p> <p>2. Zertifizierungshalbjahr: Titel/Thema: Datum: Ort:</p> <p>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort):</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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Anzahl der Räume im Familienzentrum: _____</p> <p>Wenn Sie Räume von Kooperationspartnern im Umfeld nutzen: Kooperationspartner (1 Bsp.): Anbieter: _____</p> <p>Anzahl der Räume: _____</p> <p>Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner: _____</p> <p>Anschrift: _____</p>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wenn ja: bitte Verzeichnis als Anlage 6.2 dem Ordner beifügen</p>
6.2.1	UND sorgt dafür, dass allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Kooperationspartner und deren Angebote bekannt sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Wie werden diese Informationen im Team bekannt gemacht?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
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</u> Treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>bitte jeweils Datum und Kooperationspartner angeben</p> <p>1. Zertifizierungshalbjahr: Datum: _____</p> <p>teilnehmende Kooperationspartner: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

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 <u>UND</u> einem Anbieter von Familienbildung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5.1	<u>ODER</u> eigene Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter mit einschlägiger Qualifikation führen die Erziehungs-/Familienberatung- <u>UND</u> Familienbildungsangebote durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen aus dem Gesundheitsbereich (z.B. Kinderarzt, Zahnarzt, ...).	<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).	<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.	<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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellungen als Anlage 7.1 dem Ordner beifügen</i>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adresse der Internetseite:
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3	verfügt über eine eigene E-Mail-Adresse, über die Familienkontakt aufnehmen und eine schnelle Antwort erhalten können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E-Mail-Adresse:
7.4	sorgt dafür, dass Darstellungen seiner Angebote (z.B. Flyer) an unterschiedlichen Stellen ausliegen bzw. ausgehängt werden (bspw. Supermarkt, Kinderarztpraxen, ...).	<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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte schriftliche Darstellungen (z.B. Flyer) als Anlage 7.5 dem Ordner beifügen
7.6	sorgt dafür, dass seine Angebote über Presseartikel (Printmedien, Radio, Fernsehen) bekannt gemacht werden (mindestens <u>zweimal</u> im Zertifizierungsjahr).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte mindestens zwei Presseartikel aus dem <u>Zertifizierungsjahr</u> als Anlage 7.6 dem Ordner beifügen
7.7	sorgt dafür, dass seine Angebote auf Veranstaltungen im Umfeld präsentiert werden (mindestens <u>einmal</u> im Zertifizierungsjahr).	<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 (mindestens <u>einmal</u> im Zertifizierungsjahr).	<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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung als Anlage 8.1 dem Ordner beifügen</i>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Wenn ja: bitte Blankoformular des Bedarfsabfragebogens als Anlage 8.2 dem Ordner beifügen</i>
				Datum der letzten Durchführung:
				Datum der nächsten Durchführung:
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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl der päd. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Familienzentrum gesamt (ohne Leitung): _____
				Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie deren Schwerpunkte/Zuständigkeiten in den Leistungsbereichen:
				1.
				2.
				3.
				4.
				5.
				6.
7.				
8.4	kooperiert mit der örtlichen Jugendhilfeplanung (mit dem zuständigen Jugendamt), um Informationen über Planungen und Angebote des Familienzentrums auszutauschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurze Beschreibung der Zusammenarbeit:

				Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im Jugendamt:

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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte eine Darstellung, welche Aufgabenfelder des Familienzentrums einbezogen sind (z.B. das Inhaltsverzeichnis des Verfahrens), als Anlage 8.5 dem Ordner beifügen
8.6	kooperiert mit einem örtlichen und/oder trägerspezifischen Arbeitskreis zur Entwicklung von Familienzentren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner im trägerspezifischen Arbeitskreis:
				Teilnehmerinnen und Teilnehmer:
8.7	verfügt über eine schriftliche Konzeption zur Sprachförderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung als Anlage 8.7 dem Ordner beifügen (max. 5 Seiten)
8.7.1	ODER verfügt über ein schriftliches Konzept, in dem die einzelnen Bausteine der interkulturellen Öffnung ausdifferenziert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte schriftliche Darstellung als Anlage 8.7.1 dem Ordner beifügen (max. 5 Seiten)
8.8	sorgt dafür, dass mindestens 30 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Zertifizierungsjahr an Fortbildungen und Fachtagungen zum Thema „Familienzentrum“ teilnehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja: bitte entsprechende Qualifikationsnachweise/ Teilnahmebescheinigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Zertifizierungsjahr als Anlage 8.8 dem Ordner beifügen
				Gesamtanzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Familienzentrum arbeiten (inkl. Leitung): _____
				Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Zertifizierungsjahr an einer Fortbildung/ Fachtagung teilgenommen haben (inkl. Leitung): _____
				bitte jeweils Namen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Thema der Fortbildung/Fachtagung und Datum angeben
				1. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: Thema der Fortbildung: Datum:
				2. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: Thema der Fortbildung: Datum:

Aufbaustrukturen

Das Familienzentrum:			
		Nein	Ja
			<p>3. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: _____ Thema der Fortbildung: _____ Datum: _____</p> <p>4. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: _____ Thema der Fortbildung: _____ Datum: _____</p> <p>5. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: _____ Thema der Fortbildung: _____ Datum: _____</p> <p>6. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: _____ Thema der Fortbildung: _____ Datum: _____</p> <p>7. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: _____ Thema der Fortbildung: _____ Datum: _____</p> <p>8. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter: Name: _____ Thema der Fortbildung: _____ Datum: _____</p>
8.8.1	<p>ODER organisiert pro Zertifizierungsjahr entsprechende Inhouse-Fortbildungen mit externen Referentinnen und Referenten.</p>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><i>Wenn ja: bitte entsprechende Qualifikationsnachweise der Inhouse-Fortbildung/en aus dem Zertifizierungsjahr als Anlage 8.8.1 dem Ordner beifügen</i></p> <p>Gesamtanzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im Familienzentrum arbeiten (inkl. Leitung): _____</p> <p>Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die an der Inhouse-Fortbildung teilgenommen haben (inkl. Leitung): _____</p> <p>Thema der Inhouse-Fortbildung: _____</p> <p>Datum der Inhouse-Fortbildung: _____</p> <p>Referentin oder Referent: Name: _____ Anschrift: _____</p>

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				