

## A. Leistungen des Familienzentrums

### 1. Beratung und Unterstützung von Kindern und Familien

#### Das Familienzentrum...

1.1	verfügt über ein aktuelles Verzeichnis (digital oder in Papierform) von Beratungs- und Therapiemöglichkeiten in der Umgebung (Erziehungs-/ Familienberatung, Frühförderung, Angebote Früher Hilfen, Heilpädagogik, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Beratungsstellen für spezielle Fragen wie bspw. Hochbegabung, Schuldnerberatung, Selbsthilfegruppen, Sportkurse usw.). Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
1.2	sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Fragen von interkultureller Öffnung, vorurteilsbewusster Erziehung oder Diversität/Inklusion spezialisiert ist (nachgewiesen durch Zusatzausbildung oder Fortbildung). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 1.2 dem Ordner beifügen</b>  <i>Nachweis über die Spezialisierung in interkultureller Öffnung, vorurteilsbewusster Erziehung oder Diversität/ Inklusion</i></p> <p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p>
<b>UND</b>				
1.2.1	sorgt dafür, dass die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter Eltern und Fachkräfte zu diesen Fragen berät. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p>Wie ist die Beratung organisiert?</p> <p>In welchen Fällen werden Eltern beraten?</p> <p>In welchen Fällen wird das Team beraten?</p>



<p><b>1.3</b></p>	<p>organisiert eine qualifizierte Erst- bzw. Verweisberatung von Eltern in Erziehungs- und Familienfragen (nachgewiesen durch eine Zusatzqualifikation einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters) und stellt sicher, dass bei Bedarf die Vermittlung von Familien zur Erziehungs-/Familienberatung erfolgt. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 1.3 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweis über eine Qualifikation, die zur Erst- bzw. Verweisberatung berechtigt</i></p> <hr/> <p><b>Wer führt die Verweisberatung durch?</b> Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p> <hr/> <p>Qualifikation:</p> <hr/> <p>Wie ist die Erstberatung organisiert?</p> <hr/> <p>Wie ist die Vermittlung an die Beratungsstelle organisiert?</p> <hr/> <p><b>An welche Beratungsstelle wird vermittelt?</b> Kooperationsstelle:</p> <hr/> <p>Ansprechperson:</p> <hr/> <p>Anschrift:</p>
<p><b>1.3.1</b></p>	<p>stellt sicher, dass der Beratungsprozess (bspw. durch Gespräche zwischen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern und den Eltern) begleitet wird. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p>Wie begleitet das Familienzentrum den Beratungsprozess mit der Beratungsstelle?</p> <hr/>

UND



1.4	organisiert eine individuelle Beratung zu Erziehungs- und Familienfragen durch Kooperationsstelle (bspw. Erziehungsberatungsstelle, Allgemeiner Sozialer Dienst) in seinen Räumlichkeiten (eingebunden in eine regelmäßige Sprechstunde oder mit bedarfsorientierten Terminen). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Bitte beschreiben Sie kurz die Art des Angebotes:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Anschrift:  Name der beratenden Person:
UND				
1.4.1	ermöglicht eine ungestörte Beratungssituation und gewährleistet den Vertrauensschutz. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
1.5	sorgt dafür, dass die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen durch gezielte Maßnahmen/ gemeinsame Angebote gefördert wird. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
				UND
1.5.1	sorgt dafür, dass die Zusammenarbeit mit Kinderärztinnen und Kinderärzten/dem Gesundheitsamt und/oder Krankenkassen durch gezielte Maßnahmen bzw. gemeinsame Angebote gefördert werden. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	In welcher Form wird dies in der Einrichtung umgesetzt?
				Mit wem wird zusammengearbeitet?
				Welche Maßnahmen und Angebote werden durchgeführt?



1.6	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"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 1.6 dem Ordner beifügen</b>  <i>Nachweis über die Spezialisierung im Bereich Kinderschutz</i></p> <p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p> <p>Falls kein Mitarbeiter/ keine Mitarbeiterin qualifiziert ist:                  Gibt es ein Konzept im Bereich Kinderschutz mit einer externen Kinderschutzfachkraft vom Träger, dem Kinderschutzbund etc., die regelmäßig in der Einrichtung arbeitet?</p>
1.6.1	die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter dient als Multiplikatorin oder Multiplikator zum Thema Kinderschutz. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p>In welchen Fällen berät die eigene Fachkraft Eltern?</p> <p>In welchen Fällen berät die eigene Fachkraft das Team?</p> <p>Wie oft im Jahr?</p> <p>Falls keine eigene Fachkraft: Bitte bei externen Kinderschutzkräften vom Träger/ Kinderschutzbund etc. ausführlich beschreiben:                  Inwieweit steht die (externe) Fachkraft Eltern regelmäßig als Ansprechperson für eine Beratung im Bereich Kinderschutz zur Verfügung?</p> <p>Inwieweit steht sie Mitarbeiter*innen regelmäßig als Ansprechperson für eine Beratung im Bereich Kinderschutz zur Verfügung?</p> <p>Inwieweit ist die (externe) Fachkraft als Multiplikator*in für Fachkräfte tätig?</p>



1.7	organisiert eine offene Sprechstunde für Erziehungs-/Familienberatung durch eine anerkannte Beratungsstelle (mindestens einmal pro Monat). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Wie häufig im Monat?
				Wann?
				Wo findet die Sprechstunde statt?
				Bitte beschreiben Sie kurz das Angebot:
				<b>Kooperationsstelle (1 Bsp.)</b> Stelle:
				Anschrift:
				Name der beratenden Person/ Fachkraft:



<p>1.8</p>	<p>ermöglicht, dass Kinder individuelle Therapien (bspw. durch freie Praxen und/oder Frühförderstellen) in den Räumlichkeiten des Familienzentrums wahrnehmen können. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> JA</p>	<p><input type="checkbox"/> NEIN</p>	<p>Welche Therapiearten/ -angebote werden auf welche Weise ermöglicht?</p> <p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p> <p>Ansprechperson:</p> <p>Anschrift:</p>		
<p>ODER</p>		<p>1.8.1</p>	<p>ermöglicht, dass Kinder individuelle Therapien (bspw. durch freie Praxen und/oder Frühförderstellen) durch einen Hol- und Bringdienst des Familienzentrums wahrnehmen können. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> JA</p>	<p><input type="checkbox"/> NEIN</p>	<p>Wie wird das Angebot/ der Fahrdienst organisiert?</p> <p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p> <p>Ansprechperson:</p> <p>Anschrift:</p>



<b>1.9</b>	verfügt – neben den im KiBiz allgemein vorgesehenen Verfahren zur Beobachtung und Dokumentation - über systematische Verfahren zur allgemeinen Früherkennung, wendet sie an und bindet die Ergebnisse in Entwicklungsgespräche ein (mindestens jährliche Durchführung). Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Welches oder welche Verfahren werden genutzt?
				Wie häufig?
				Für welche Altersgruppe?
				Wie werden die Ergebnisse in die Entwicklungsgespräche eingebunden?
<b>ODER</b>				
<b>1.9.1</b>	verfügt – neben den im KiBiz allgemein vorgesehenen Verfahren zur Beobachtung und Dokumentation - über systematische Verfahren zur qualitativen Beobachtung, wendet sie an und bindet die Ergebnisse in Entwicklungsgespräche ein (mindestens halbjährliche Durchführung). Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?
				Wie häufig?
				Für welche Altersgruppe?
				Wie werden die Ergebnisse in die Entwicklungsgespräche eingebunden?
<b>1.10</b>	verfügt über spezielle oder weitere vertiefende Verfahren zur Früherkennung und/oder weitere Beobachtungsverfahren, wendet sie an und bindet die Ergebnisse in Entwicklungsgespräche ein. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Welches oder welche Verfahren nutzen Sie?
				Wie häufig?
				Für welche Altersgruppe?
				Wie werden die Ergebnisse in die Entwicklungsgespräche eingebunden?



<p><b>1.11</b></p>	<p>sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Fragen der Gesundheitsförderung/Bewegungsförderung spezialisiert ist (nachgewiesen bspw. durch Zusatzausbildung oder Aus-/Fortbildung). Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 1.11 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweis über die Spezialisierung auf Fragen der Gesundheitsförderung/ Bewegungsförderung</i></p> <p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p>
<b>UND</b>				
<p><b>1.11.1</b></p>	<p>sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter Eltern und Fachkräfte entsprechend berät. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p>Wie ist die Beratung organisiert?</p> <p>In welchen Fällen werden Eltern beraten?</p> <p>In welchen Fällen wird das Team beraten?</p>
<p><b>1.12</b></p>	<p>organisiert Angebote für Eltern zur Arbeitsmarkt- und Berufsorientierung (mindestens ein Angebot pro Jahr). Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 1.12 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweis über Angebote für Eltern zur Arbeitsmarkt- und Berufsorientierung</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. die Kooperationsstelle angeben.</p> <p>Angebot/ Titel/ Thema:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p> <p>Ansprechperson:</p> <p>Anschrift:</p> <p><b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):</p>



## 2. Familienbildung und Erziehungspartnerschaft

### Das Familienzentrum...

2.1	verfügt (digital oder in Papierform) über aktuelle Verzeichnisse von Angeboten der Eltern- und Familienbildung und zur Förderung von Kindern (Bewegung, Musik, Kunst usw.) in der Umgebung (bspw. Angebote von zertifizierten Familienbildungsstätten, Volkshochschulen, freie Initiativen, Integrationsfachstellen, Vereinen). Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
2.2	organisiert in der Kindertageseinrichtung regelmäßig ein offenes Elterncafé oder verfügt über einen „Info-Point“ (an dem Materialien ausliegen) als Rahmen für informelle Gespräche für Eltern untereinander oder mit Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der Einrichtung. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Verfügt das Familienzentrum über einen Infopoint? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <hr/> Falls es ein Elterncafé gibt: An welchem Wochentag findet es statt? <hr/> Wie häufig findet es statt?



2.3	organisiert Elternveranstaltungen, in denen Eltern pädagogisch anregende Impulse für ihr eigenes Handeln erhalten (bspw. Elternfrühstück, Elternabend mit einem bestimmten Thema, niederschwellige Formate usw.) (mindestens vier Veranstaltungen pro Jahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.3 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweis über Elternveranstaltung, in denen Eltern pädagogisch anregende Impulse für ihr eigenes Handeln erhalten</i>
		Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.		
<b>1. Veranstaltung</b> Titel/ Thema:				
Datum:				
Ort:				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				
<b>2. Veranstaltung</b> Titel/ Thema:				
Datum:				
Ort:				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				
<b>3. Veranstaltung</b>				



			<p>Titel/ Thema:</p>
			<p>Datum:</p>
			<p>Ort:</p>
			<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p>
			<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p>
			<p>Ansprechperson:</p>
			<p>Anschrift:</p>
			<p><b>4. Veranstaltung</b> Titel/ Thema</p>
			<p>Datum:</p>
			<p>Ort:</p>
			<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p>
			<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p>
			<p>Ansprechperson:</p>
			<p>Anschrift:</p>
			<p><b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):</p>



2.4	organisiert mindestens eine niederschwellige Aktivität für Erwachsene (mindestens eine Aktivität pro Jahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.4 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweis über die niedrigrschwellige Veranstaltung für Erwachsene</i>
		JA	NEIN	Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.  Titel/ Thema der Aktivität für Erwachsene:
				Datum:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
		<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):		



2.5	organisiert Angebote zur Gesundheitsförderung und/oder Bewegungsförderung (Eltern-Angebote, Eltern-Kind-Angebote). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.5 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Kurse/ Angebote zur Gesundheitsförderung und/ oder Bewegungsförderung</i>
		Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.		
				<b>1. Halbjahr</b> Titel/ Thema:
				Datum:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
				<b>2. Halbjahr</b> Titel/ Thema:
				Datum:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:



				<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):
2.6	ermöglicht Eltern, Familienselbsthilfeorganisationen, anerkannten Elternvereinen, Migrantenorganisationen oder weiteren Vereinen und Organisationen, im Familienzentrum Treffen, Beratungen oder andere Aktivitäten durchzuführen. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Welche Möglichkeiten bestehen?
				Name der Organisation oder des Vereins:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
2.7	organisiert Angebote für Familien mit unter Dreijährigen (mindestens ein Angebot pro Monat). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Wie häufig finden die Gruppen statt?
				Durchschnittliche Teilnehmer/innenzahl:
				Wenn das Angebot nicht im Familienzentrum stattfindet: Wo findet das Angebot statt?
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:



2.8	organisiert – in der Regel mit einer zertifizierten Einrichtung der Familienbildung – Kinderkurse zur Förderung der Entwicklung (bspw. „Selbstbewusstsein“ oder „Entspannung“) mit begleitender Elternveranstaltung (mindestens zwei Kurse pro Jahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.8 dem Ordner beifügen</b> Nachweise über Kinderkurse zur Förderung der Entwicklung (zusätzlich das Kurskonzept bei selbstkonzipierten Kursen)
		Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.		
<b>1. Kurs</b> Titel:				
Dauer:				
Datum:				
Ort:				
Ansprechperson im Familienzentrum:				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				
Wie wurden die Eltern eingebunden?				
<b>2. Kurs</b> Titel:				
Dauer:				
Datum:				
Ort:				
Ansprechperson im Familienzentrum:				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b>				



<p><b>2.8.1</b></p> <p><b>ODER</b></p>	<p>organisiert – in der Regel mit einer zertifizierten Einrichtung der Familienbildung – Elternkompetenzkurse. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p>Stelle:</p>
			<p>Ansprechperson:</p>
			<p>Anschrift:</p>
			<p>Wie wurden die Eltern eingebunden?</p>
			<p><b>Wenn ja: Anlage unter 2.8.1 dem Ordner beifügen</b>  <i>Nachweis über Elternkompetenzkurs, wenn selbstentwickelt: mit Kurskonzept</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. die Kooperationsstelle angeben.</p> <p>Titel/ Thema des Elternkompetenzkurses:</p>
			<p>Dauer:</p>
			<p>Datum:</p>
			<p>Ort:</p>
			<p>Platzangebot pro Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> für weniger als 20% aller Eltern der Einrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> für mehr als 20% aller Eltern der Einrichtung</p>
			<p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p>
			<p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p>
			<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b></p> <p>Stelle:</p>
			<p>Ansprechperson:</p>
			<p>Anschrift:</p>



2.9	organisiert Angebote (mit oder ohne Kinder), die besonders die Bedürfnisse/Interessen von bspw. Vätern, Alleinerziehenden, Großeltern, Regenbogenfamilien usw. anspricht (mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.9 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Angebote, die besonders die Bedürfnisse/Interessen von bspw. Vätern, Alleinerziehenden, Großeltern, Regenbogenfamilien usw. anspricht</i>
		Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.		
<b>1. Halbjahr</b> Titel/ Thema:				
Datum:				
Ort:				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				
<b>2. Halbjahr</b> Titel/ Thema:				
Datum:				
Ort:				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				



				<b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):
--	--	--	--	--



<b>2.10</b>	Das Familienzentrum organisiert musisch-kreative Angebote (Eltern-Angebote, Eltern-Kind-Angebote) (mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.10 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über musisch-kreative Angebote</i>
				Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.  <b>1. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  Datum:  Ort:  Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:  <b>2. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  Datum:  Ort:  Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:



				<b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):
--	--	--	--	--



<b>2.11</b>	organisiert Angebote zu Leseförderung / Literacy (Eltern-Angebote, Eltern-Kind-Angebote) (mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.11 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Angebote zu Leseförderung/ Literacy</i>
				Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.  <b>1. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  Datum:  Ort:  Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:  <b>2. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  Datum:  Ort:  Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:



				<b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):
--	--	--	--	--



<b>2.12</b>	organisiert Angebote zur Medienerziehung (Eltern-Angebote, Eltern-Kind-Angebote) (mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 2.12 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Angebote zur Medienerziehung</i>
				<p>Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.</p> <p><b>1. Halbjahr</b></p> <p>Titel/ Thema:</p> <hr/> <p>Datum:</p> <hr/> <p>Ort:</p> <hr/> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <hr/> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b></p> <p>Stelle:</p> <hr/> <p>Ansprechperson:</p> <hr/> <p>Anschrift:</p> <hr/> <p><b>2. Halbjahr</b></p> <p>Titel/ Thema:</p> <hr/> <p>Datum:</p> <hr/> <p>Ort:</p> <hr/> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <hr/> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b></p> <p>Stelle:</p> <hr/> <p>Ansprechperson:</p> <hr/> <p>Anschrift:</p> <hr/>



				<b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):
--	--	--	--	--



### 3. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

#### Das Familienzentrum...

3.1	verfügt über Kenntnisse der Bedarfslage von Eltern, indem es bei der Anmeldung den zeitlichen Betreuungsbedarf von Eltern im Anmelde- oder Aufnahmegespräch so abfragt, dass auch diese erfasst werden, die über die Öffnungszeiten der Einrichtungen hinausgehen, und unterstützt Eltern bei Bedarf bei der Nutzung von elektronischen Verfahren der Anmeldung. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 3.1 dem Ordner beifügen</b> Kopie des Anmelde- bzw. Bedarfsabfrageformulars, welches die Bedarfe der Eltern erfasst, die über die Öffnungszeiten der Einrichtung hinausgehen</p> <p>Wie werden die Eltern bei der Anmeldung nach ihren Betreuungsbedarfen über die Öffnungszeiten hinaus gefragt?</p> <p>Wie werden die Eltern bei Bedarf bei der Nutzung elektronischer Medien unterstützt?</p>
3.2	verfügt über Kenntnisse der Bedarfslage von Eltern mit Kindern in der Einrichtung, indem einmal jährlich der zeitliche Betreuungsbedarf von Eltern so abgefragt wird, dass auch diese erfasst werden, die über die Betreuungs- und Öffnungszeiten der Einrichtung hinausgehen, und leitet die Ergebnisse der Befragungen an die örtliche Jugendhilfeplanung weiter. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 3.2 dem Ordner beifügen</b> Kopie des Bedarfsabfrageformulars, welches die Bedarfe der Eltern erfasst, die über die Öffnungszeiten der Einrichtung hinausgehen</p> <p>Datum der letzten Durchführung:</p> <p>Datum der nächsten Durchführung:</p> <p>Wie werden die Ergebnisse an die örtliche Jugendhilfeplanung weitergeleitet?</p>
3.3	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"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p>Wie erfolgt die Beratung und Vermittlung bei zusätzlichen Betreuungsbedarfen der Eltern über die Öffnungszeiten hinaus?</p> <p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p> <p>Ansprechperson:</p> <p>Anschrift:</p>



3.4	verfügt über Informationsmaterialien zum Thema „Kindertagespflege“, und legt diese in der Einrichtung aus (bspw. Jugendamt, Kindertagespflegevereine, betriebsbezogene Angebote, ...). Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Liegen die Materialien aus?
				<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3.4.1	verfügt über Informationen über die Wege zur Vermittlung von Kindertagespflegepersonen in der Kommune (bspw. Jugendamt, Kindertagespflegevereine, betriebsbezogene Angebote, ...). Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Zu welcher Stelle kann vermittelt werden?
				Wie werden die Familien zur Vermittlung informiert und beraten?
3.5	organisiert eine Notfallbetreuung für Kinder, deren Geschwister die Einrichtung besuchen. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Bitte beschreiben Sie, wie die Notfallbetreuung organisiert wird:
				Verfügbare Platzanzahl (ca):
				Wie wird das Angebot bekannt gemacht?
				Ansprechperson im Familienzentrum:
3.6	verfügt über einen Pool von Babysittern zur Vermittlung an interessierte Eltern. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Wie werden Eltern auf den Babysitterpool aufmerksam gemacht?
3.6.1	kooperiert mit einer Institution, die diese Vermittlung leistet. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Name der zuständigen Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:
				ggf. Fachberatungs- und Fachvermittlungsstelle (1 Bsp.)
				Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:



3.7	organisiert oder ermöglicht eine von Familien je nach individuellem Zeitbedarf nutzbare Früh- oder Spätbetreuung (vor 07.00 Uhr und/oder nach 17.00 Uhr) in der Einrichtung (bspw. durch Kindertagespflegepersonen oder Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Einrichtung) im Umfang von mindestens 10 Wochenstunden. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Bitte die Wochentage und die Zeiten der Früh- oder Spätbetreuung eintragen.
				Wochentag, von/bis:
Anzahl der Kindertagespflegepersonen, die das Raumangebot nutzen:				
3.8	organisiert oder vermittelt im Bedarfsfall (bspw. Krankheit, Dienst- oder Geschäftsreise der Eltern) eine häusliche Betreuung. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Bitte beschreiben Sie das Vorgehen:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
3.9	organisiert eine Notfallbetreuung für andere Kinder aus dem Umfeld der Einrichtung. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Wie ist die Notfallbetreuung organisiert?
				Wie häufig wird sie organisiert?
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				Verfügbare Platzanzahl (ca.):
				Wie wird das Angebot (im Umfeld) bekannt gemacht?
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b>
				Stelle:
				Anschrift:
Ansprechperson:				



<p><b>3.10</b></p>	<p>organisiert regelmäßig Betreuungsmöglichkeiten am Wochenende (mindestens zweimal im Monat). Verbundleistung</p>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p>Wie ist die Betreuungsmöglichkeit am Wochenende organisiert?</p>
			<p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p>	
				<p>Wie häufig findet die Wochenendbetreuung statt?</p>
				<p>Verfügbare Platzanzahl (ca.):</p>
				<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p>
				<p>Anschrift:</p>
				<p>Ansprechperson:</p>
<p><b>ODER</b></p>				
<p><b>3.10.1</b></p>	<p>organisiert Betreuungsmöglichkeiten, die auf die zeitlichen Bedürfnisse von Eltern im Schichtdienst ausgerichtet sind. Verbundleistung</p>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p>Wie ist die Betreuungsmöglichkeit für Eltern im Schichtdienst organisiert?</p>
			<p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p>	
				<p>Wie häufig findet die Betreuung statt?</p>
				<p>Verfügbare Platzanzahl (ca.):</p>
				<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:</p>
				<p>Anschrift:</p>
				<p>Ansprechperson:</p>



3.11	kooperiert mit Unternehmen und organisiert Betreuungsangebote für die Kinder der Beschäftigten (bspw. Belegrechte, Notbetreuungskontingente, ...). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 3.11 dem Ordner beifügen</b>  <i>Kooperationsvereinbarung mit Unternehmen, für die Betreuungsangebote für Kinder der Beschäftigten angeboten werden</i></p> <p>Verfügbare Platzkontingente (ca.):</p> <p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b>                  Stelle:</p> <p>Ansprechperson</p> <p>Anschrift:</p>
3.12	kooperiert mit der Arbeitsagentur und/oder dem Jobcenter, um vor allem für arbeitssuchende Eltern Betreuungsangebote zu ermöglichen. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 3.12 dem Ordner beifügen</b>  <i>Kooperationsvereinbarung mit der Arbeitsagentur und/ oder dem Jobcenter</i></p>



## 4. Profildbereiche

### Das Familienzentrum...



1 E 06.12.2021 09:11:57

30 / 76

**pädquis**



pädquis · Familienzentrum NRW  
Ordensmeisterstr. 15-16 · 12099 Berlin  
familienzentrum@paedquis.de

<b>4B1</b>	organisiert in Kooperation mit einer externen Partnerin oder einem externen Partner einen Kurs/ ein Förderangebot für Kinder (bspw. Bewegung, Gesundheit, Kreativität) (mindestens 8 Veranstaltungen pro Kurs / Förderangebot, mindestens einmal pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4B1 dem Ordner beifügen</b> Nachweise über einen Kurs / ein Förderangebot für Kinder (bspw. Bewegung, Gesundheit, Kreativität) (8 Veranstaltungen)
		Bitte Kursnamen, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Kooperationsstelle angeben.		
<b>1. Halbjahr</b> Kurs/ Förderangebot:				
Anzahl der Kurseinheiten:				
Datum:				
Ort:				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				
<b>2. Halbjahr</b> Kurs/ Förderangebot:				
Anzahl der Kurseinheiten:				
Datum:				
Ort:				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				



			<p><b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):</p>
<p><b>UND</b></p> <p><b>4B1.1</b></p>	<p>bindet die Eltern über Information oder Dokumentation ein. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p>Bitte erläutern Sie, wie die Eltern bei den jeweiligen Kursen pro Halbjahr eingebunden werden.</p> <p>Kurs/ Förderangebot 1. Halbjahr:</p> <hr/> <p>Kurs/ Förderangebot 2. Halbjahr:</p>



<b>4B2</b>	organisiert ein Eltern-Kind-Angebot am Wochenende (bspw. Ausflug, Bewegung, Gesundheit, Kreativität) (mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4B2 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Eltern-Kind-Angebote am Wochenende</i>
		Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationsstelle angeben.		
				<b>Eltern-Kind-Angebot im 1. Halbjahr</b> Titel/Thema:
				Datum:
				Tag:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
				<b>Eltern-Kind-Angebot im 2. Halbjahr:</b> Titel/Thema:
				Datum:
				Tag:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:



			<p>Ansprechperson:</p> <p>Anschrift:</p> <p><b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</p>
4B3	ermöglicht Eltern und Geschwisterkindern die Teilnahme an Mahlzeiten. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<p>Wie ist das Angebot organisiert?</p> <p>Durchschnittliche Anzahl der Personen (ca.):</p> <p>Ansprechperson:</p>
4B4	sorgt für eine zeitsensible Angebotsgestaltung und beschreibt, wie bei der Angebotsgestaltung die zeitlichen Bedürfnisse berufstätiger Eltern berücksichtigt werden (bspw. frühzeitige Terminankündigungen, Gestaltung der Eingewöhnung, Gestaltung der Abholphase, individuelle Beratungstermine, ...). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<p>Wie werden bei der Angebotsgestaltung die zeitlichen Bedürfnisse berufstätiger Eltern berücksichtigt?</p> <p>Bitte machen Sie hierbei das Konzept Ihrer Einrichtung/die Systematik deutlich.</p>
4B5	ermöglicht innerhalb der Öffnungs- und Buchungszeiten flexible Bring- und Abholzeiten. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	<p>Bitte beachten Sie, dass zur Wertung die Form der Flexibilität bei den Bring- und Abholphase ausführlich erläutert werden muss.</p> <p>Wie werden die <b>Bringzeiten</b> gestaltet und wie genau wird dabei Flexibilität gewährleistet?</p> <p>Wie werden die <b>Abholzeiten</b> gestaltet und wie genau wird dabei Flexibilität gewährleistet?</p>



4B6	sorgt dafür, dass mindestens eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter auf Fragen der Eltern zur Kindertagespflege, zum örtlichen Angebot und zu den Wegen der Vermittlung in der Kommune kompetent eingehen kann (nachgewiesen durch Zusatzqualifikation oder Fortbildung oder mindestens halbjährliche Treffen mit der Fachberatungs- und Vermittlungsstelle). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 4B6 dem Ordner beifügen</b> Nachweis über die Spezialisierung zur Kindertagespflege</p> <p>Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters:</p>
4F1	sorgt dafür, dass Familien besucht werden (soweit notwendig unter Einbeziehung mehrsprachiger Ansprechpersonen), wobei dies nicht durch das Personal der Tageseinrichtung geschehen muss. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p>Inwieweit sind Besuche bei Familien im Konzept des Familienzentrums verankert?</p> <p>Aus welchen Anlässen werden Familien besucht?</p> <p>Wer führt die Besuche durch?</p> <p>Wie viel Prozent der Eltern werden durchschnittlich im Jahr besucht (ca.)?</p> <p>Werden bei Bedarf mehrsprachige Ansprechpersonen einbezogen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<b>ODER</b>				
4F1.1	sorgt dafür, dass Eltern bei Bedarf zu Beratungsterminen begleitet werden (soweit notwendig unter Einbeziehung mehrsprachiger Ansprechpersonen), wobei dies nicht durch das Personal der Tageseinrichtung geschehen muss. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p>Wer begleitet?</p> <p>Wie ist die Begleitung organisiert?</p>



<b>4F2</b>	organisiert Angebote für Eltern in den Bereichen Lebensführung/ Haushalt/ Schulden (mindestens ein Angebot pro Jahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4F2 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Angebote für Eltern in den Bereichen Lebensführung/ Haushalt/ Schulden</i>
		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationsstelle angeben.  Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
		<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):		
<b>4F3</b>	verfügt über Informationen zu der Nutzung des Bildungs- und Teilhabepakets und/oder anderer Unterstützungsprogramme und berät Eltern zu diesen Fragen. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche Informationen stellt das Familienzentrum den Familien zur Verfügung?
		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Wie werden Eltern zur Nutzung des Bildungs- und Teilhabepakets bzw. anderen Unterstützungsprogrammen beraten?



<b>4F4</b>	<p>organisiert in Kooperation mit einer externen Partnerin oder einem externen Partner einen kostenfreien Kurs / ein kostenfreies Förderangebot für Kinder (bspw. Bewegung, Gesundheit, Kreativität, mindestens 5 Veranstaltungen pro Kurs/Förderangebot, mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundleistung</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 4F4 dem Ordner beifügen</b>  <i>Nachweise über einen kostenfreien Kurs / ein kostenfreies Förderangebot für Kinder (bspw. Bewegung, Gesundheit, Kreativität) (5 Veranstaltungen)</i></p>
		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<p>Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationsstelle angeben.</p> <p><b>Kurs/ Förderangebot im 1. Halbjahr</b>                      Kurstitel/Thema:</p>
				Dauer/Anzahl der Fördereinheiten:
				Startdatum:
				Ort:
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
				<b>Kurs/ Förderangebot im 2. Halbjahr</b> Kurstitel/Thema:
				Dauer/Anzahl der Fördereinheiten:
				Startdatum:
				Ort:
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:



<div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; background-color: #333; color: white; font-weight: bold; line-height: 30px;">UND</div>	4F4.1 bindet die Eltern über Information oder Dokumentation ein. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Anschrift:
				Wie werden die Eltern eingebunden? im Kurs/ Förderangebot 1. Halbjahr:  im Kurs/ Förderangebot 2. Halbjahr:



4F5	organisiert Tauschbörsen, Mitnahmeschränke oder Ähnliches, um Familien die Weitergabe und den Zugang zu Kleidung, Spielzeug, Büchern und/ oder anderen Gegenständen für Kinder zu ermöglichen (fest installierte Struktur). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Bitte beschreiben Sie kurz die Art des Angebots:  Ansprechperson im Familienzentrum:  <b>Wenn Kooperationsstelle (wenn nicht im FZ):</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:  ggf. weitere Angebote im Jahr (mit Thema, Datum, Ort, Ansprechperson):
ODER				
4F5.1	organisiert Tauschbörsen, Mitnahmeschränke oder Ähnliches, um Familien die Weitergabe und den Zugang zu Kleidung, Spielzeug, Büchern und/ oder anderen Gegenständen für Kinder zu ermöglichen (mindestens einmal pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 4F5.1 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Angebote um den Zugang zu Kleidung, Spielzeug, Büchern und/oder anderen Gegenständen für Kinder zu ermöglichen.</i>  Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. den Kooperationsstelle angeben.  <b>1. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  Datum:  Ort:  Ansprechperson im Familienzentrum:  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:  <b>2. Halbjahr</b>



			<p>Titel/ Thema:</p>
			<p>Datum:</p>
			<p>Ort:</p>
			<p>Ansprechperson im Familienzentrum:</p>
			<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p>
			<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b></p> <p>Stelle:</p>
			<p>Ansprechperson:</p>
			<p>Anschrift:</p>
			<p><b>ggf. weitere Angebote im Jahr</b> (mit Thema, Datum, Ort, Ansprechperson):</p>



<p><b>4F6</b></p>	<p>ist plusKITA und setzt die plusKITA-Kraft für eine individuelle Förderung und Begleitung von Familien ein. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 4F6 dem Ordner beifügen</b> Nachweise über das Familienzentrum als plusKITA und eine Beschreibung der Aufgaben der plusKITA-Kraft</p>
<p><b>ODER</b></p> <p><b>4F6.1</b></p>	<p>verfügt durch andere Programme über eine zusätzliche Fachkraft, die diese Aufgaben übernimmt. Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p>Bitte beschreiben Sie kurz durch welches andere Programm das Familienzentrum über eine zusätzliche Fachkraft verfügt und was ihre Aufgaben sind.</p>
<p><b>ODER</b></p> <p><b>4F6.2</b></p>	<p>erfüllt ein für die Begleitung von Familien in besonderen Problemlagen geeignetes weiteres Kriterium aus dem Bereich H (*-Kriterien). Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p>Im Profilbereich 4F haben/hatten Sie bei 4F6.2 die Möglichkeit, ein zusätzliches * (Sternchen-)Kriterium aus dem Heterogenen Bereich anzugeben, welches Familien in herausfordernden Lebenslagen berücksichtigt. Wenn ein solches Kriterium gewählt wurde, ist dieses sowohl in der Kriterienauswahl als auch im Fragebogen erkennbar.</p> <p>Bitte geben Sie hier an, welches *Kriterium Sie gewählt haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 4B2</li> <li><input type="checkbox"/> 4B3</li> <li><input type="checkbox"/> 4L1</li> <li><input type="checkbox"/> 4L2</li> <li><input type="checkbox"/> 4L3</li> <li><input type="checkbox"/> 4M1</li> <li><input type="checkbox"/> 4M2</li> <li><input type="checkbox"/> 4P2</li> <li><input type="checkbox"/> 4P3</li> <li><input type="checkbox"/> 4P6</li> </ul>
<p><b>4H1</b></p>	<p>beschreibt, welche unterschiedlichen Zielgruppen im Familienzentrum vertreten sind, und welche Bedarfe besonders berücksichtigt werden sollen. Gemeinschaftsleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 4H1 dem Ordner beifügen</b> Beschreibung der unterschiedlichen Zielgruppen im Familienzentrum und der besonders zu berücksichtigenden Bedarfe. (vgl. Vorlage auf der Homepage unter Materialien - <a href="https://www.paedquis-familienzentrum.de/downloads">https://www.paedquis-familienzentrum.de/downloads</a>)</p> <p>Bitte für die Bearbeitung der Konzeption die entsprechenden Erläuterungen im Handbuch bzw. im Leitfaden beachten.</p>



<b>4K1</b>	verfügt über Kontakte zu den örtlichen Fachberatungs- und Vermittlungsstellen für Kindertagespflege. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Kooperationsstelle (1.Bsp)</b>
				Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
<b>UND</b>				
<b>4K1.1</b>	verfügt über Kontakte zu Kindertagespflegepersonen im Stadtteil und bindet sie in die Einrichtung mit ein (z.B. durch Einladungen zu Festen, Elternabenden etc.). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Anzahl der Kontakte zu Kindertagespflegepersonen:
				Wie werden die Kindertagespflegepersonen im Familienzentrum eingebunden?
<b>4K2</b>	ermöglicht einzelnen Kindertagespflegepersonen für ihre Betreuungsangebote die Nutzung von freien Räumen der Einrichtung während oder außerhalb der Öffnungszeiten (bspw. Kleingruppen für unter Dreijährige, Bewegungsraumnutzung). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Raumanzahl insgesamt:
				Mögliche Nutzungszeiten (von/bis):
				An welchen Wochentagen?
				Anzahl Kindertagespflegepersonen, die das Raumangebot nutzen:



<b>4K3</b>	organisiert – ggf. in Kooperation mit einer Fachberatungs- und Fachvermittlungsstelle – Treffen zum Austausch zwischen Kindertagespflegepersonen (bspw. Kindertagespflege-Café) (mindestens einmal pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Bitte jeweils Veranstaltungstitel bzw. das Thema , Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.
		<b>1. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  Datum:  Ort:  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:  <b>2. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  Datum:  Ort:  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:  <b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):</b>		



<p><b>4K4</b></p> <p>organisiert – ggf. in Kooperation mit einer Fachberatungs- und Fachvermittlungsstelle – die Vermittlung von Kindertagespflegepersonen. Kenntnisse über besondere Kompetenzen der Kindertagespflegepersonen (bspw. Betreuung von Kindern mit Behinderungen, interkulturelle Kompetenz) liegen bei der Vermittlung vor. Verbundleistung</p>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p>Es handelt sich um:</p> <p><input type="checkbox"/> Eigene Kontakte</p> <p><input type="checkbox"/> Kontakte einer Kooperationsstelle</p>
	<p><b>Wer organisiert die Vermittlung?</b> Bitte den Namen der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters angeben.</p>		
	<p>Wie ist die Vermittlung organisiert?</p>		
	<p>Über &lt;b&gt;welche besonderen Kompetenzen&lt;/b&gt; verfügen die Kindertagespflegepersonen, an die vermittelt wird? &lt;br/&gt;Es handelt sich um Kompetenzen:</p> <p><input type="checkbox"/> zur Betreuung von Kindern mit Behinderungen</p> <p><input type="checkbox"/> im Bereich Inklusion</p> <p><input type="checkbox"/> im Bereich Interkulturalität</p>		
	<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b></p> <p>Stelle:</p>		
	<p>Ansprechperson:</p>		
<p>Anschrift:</p>			



<b>4K5</b>	organisiert – ggf. in Kooperation mit einer Fachberatungs- und Fachvermittlungsstelle – die Begleitung von Treffen von Kindertagespflegepersonen durch qualifizierte Fachkräfte. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4K5 dem Ordner beifügen</b> (wenn durch eine eigene Fachkraft begleitet wird) Nachweis über die Spezialisierung zur Kindertagespflege. Bitte - wie im Handbuch angegeben- unter 4B6 abheften.
		Bitte fügen Sie den Nachweis [wie im Handbuch beschrieben] unter 4B6 ein. Bitte Veranstaltungstitel/das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben. Ansprechperson im Familienzentrum:		
		<b>Treffen im 1. Halbjahr</b> Treffen Titel/ Thema:		
		Datum:		
		Ort:		
		Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):		
		<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:		
		Ansprechperson:		
		Anschrift:		
		<b>Treffen im 2. Halbjahr</b> Treffen Titel/ Thema:		
		Datum:		
		Ort:		
		Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):		
		<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:		



			Ansprechperson:
ODER 4K5.1	organisiert – ggf. in Kooperation mit einer Fachberatungs- und Fachvermittlungsstelle – Fortbildungen für Kindertagespflegepersonen. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN Bitte fügen Sie den Nachweis [wie im Handbuch beschrieben] unter 4B6 ein. Bitte Fortbildungstitel/das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben. <b>Fortbildung</b> Titel/ Thema: Datum: Ort: Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt): <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle: Ansprechperson: Anschrift:
4K6	verfügt über Informationen zu Angeboten der Qualifizierung von Kindertagespflegepersonen im Stadtteil/ Kreis/ Jugendamtsbezirk. Einrichtungsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN



<b>4L1</b>	organisiert regelmäßig Angebote mit einem örtlichen Verein oder anderen Akteursgruppen (mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4L1 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Angebote mit einem örtlichen Verein etc.</i>
		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen des Vereins/ der Akteursgruppe angeben
				<b>1. Halbjahr</b>
				Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Ansprechprson im Familienzentrum:
				Verein/ Akteursgruppe:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
				<b>2. Halbjahr</b>
				Titel/ Thema:
				Datum:
				Ort:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				Verein/ Akteursgruppe (1 Bsp.):
				Ansprechperson:
				Anschrift:
				<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema,Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):



4L2	organisiert Ausflüge zu Orten, die für Familien interessant, aber bspw. aufgrund ungünstiger Versorgung mit öffentlichem (Nah-)Verkehr schwer erreichbar sind (mindestens zweimal pro Jahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4L2 dem Ordner beifügen</b> Nachweise über Ausflüge zu schwer erreichbaren, interessanten Orten
		Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben.		
<b>1. Angebot</b> Ausflugsziel:				
Datum:				
Treffpunkt:				
Wie ist der Ausflug organisiert?				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				
<b>2. Angebot</b> Ausflugsziel:				
Datum:				
Treffpunkt:				
Wie ist der Ausflug organisiert?				
Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):				
<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:				



			Ansprechperson:  Anschrift:  <b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Ausflugsziel, Datum, Treffpunkt, Organisation, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):	
4L3	verfügt über Maßnahmen, um Familien bei langen privat oder beruflich erforderlichen Fahrwegen zu entlasten (bspw. Organisation von Fahrgemeinschaften/ Fahrdiensten). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Welche Maßnahmen werden organisiert?  



4L4	organisiert in Kooperation mit einer externen Partnerin oder einem externen Partner einen Kurs/ ein Förderangebot für Kinder (bspw. Bewegung, Gesundheit, Kreativität, mindestens 8 Veranstaltungen pro Kurs/Förderangebot, mindestens einmal pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4L4 dem Ordner beifügen</b> Nachweise über einen Kurs/ ein Förderangebot für Kinder (bspw. Bewegung, Gesundheit, Kreativität (8 Veranstaltungen)
		Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben.		
<b>Kurs/Förderangebot im 1. Halbjahr</b>				
Titel/ Thema:				
Dauer:				
Datum:				
Ort:				
Ansprechperson im Familienzentrum:				
<b>Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				
<b>Kurs/Förderangebot im 2. Halbjahr</b>				
Titel/ Thema:				
Dauer:				
Datum:				
Ort:				
Ansprechperson im Familienzentrum:				
<b>Kooperationsstelle:</b> Stelle:				
Ansprechperson:				
Anschrift:				



			Ansprechperson:  Anschrift:  <b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Ausflugsziel, Datum, Treffpunkt, Organisation, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):
UND 4L4.1	bindet die Eltern über Information oder Dokumentation ein. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN Wie werden die Eltern eingebunden? im Kurs/ Förderangebot 1. Halbjahr:  im Kurs/ Förderangebot 2. Halbjahr:
4L5	organisiert eine weitere niederschwellige Aktivität für Erwachsene. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <b>Wenn ja: Anlage unter 4L5 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über <u>eine weitere</u> niedrigschwellige Veranstaltung</i>  Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben. Titel/ Thema der Aktivität für Erwachsene:  Datum:  Ort:  Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:  <b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Ausflugsziel, Datum, Treffpunkt, Organisation, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):



4L6	organisiert individuelle Angebote zur Gesundheitsförderung/-beratung im Familienzentrum (über 1.11/ 2.5 hinaus). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Was wird organisiert? Bitte beschreiben Sie die individuellen Angebote.  Ansprechperson im Familienzentrum:  Wer führt die Angebote/ Beratung durch?  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:
ODER 4L6.1	organisiert individuelle Angebote zur Gesundheitsförderung/-beratung im Umfeld (über 1.11/ 2.5 hinaus). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Was wird organisiert? Bitte beschreiben Sie die individuellen Angebote.  Ansprechperson im Familienzentrum:  Wer führt die Angebote/ Beratung durch?  Wo findet das Angebot statt?  <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  Ansprechperson:  Anschrift:



4M1	<p>organisiert für Kinder aus der Einrichtung und/oder dem Sozialraum Gruppen oder Projekte zur Förderung und Wertschätzung der Mehrsprachigkeit, wobei darunter Maßnahmen zu verstehen sind, die über die alltagsintegrierte sprachliche Bildung hinausgehen. Dabei werden Eltern einmalig oder kontinuierlich eingebunden. Verbundleistung</p>	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 4M1 dem Ordner beifügen</b>  <i>Nachweis über die Qualifikation der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters zur Durchführung von Sprachfördermaßnahmen</i></p>
				Wie häufig im Zertifizierungsjahr (ca.)?
				Welche Projekte werden organisiert?
				Für welche Zielgruppe?
				Wie werden die Eltern eingebunden?
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				<p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b></p> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
		<p><b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Ausflugsziel, Datum, Treffpunkt, Organisation, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):</p>		



4M2	organisiert Veranstaltungen und Aktivitäten, die die Gemeinsamkeiten der Familien in den Mittelpunkt rücken und die Vielfaltsaspekte mit einbeziehen (mindestens eine Veranstaltung pro Halbjahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4M2 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweise über Angebote, die die Gemeinsamkeiten der Familien in den Mittelpunkt rücken und die Vielfaltsaspekte mit einbeziehen</i>
		JA	NEIN	Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben  <b>1. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  <hr/> Datum:  <hr/> Ort:  <hr/> Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):  <hr/> <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  <hr/> Ansprechperson:  <hr/> Anschrift:  <hr/> <b>2. Halbjahr</b> Titel/ Thema:  <hr/> Datum:  <hr/> Ort:  <hr/> Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):  <hr/> <b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:  <hr/> Ansprechperson:  <hr/> Anschrift:  <hr/>



				<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):
4M3	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen, die im Bereich der kulturellen Vielfalt und Inklusion tätig sind (bspw. Inklusionsbeauftragte, Kommunale Integrationszentren, Integrationsagenturen/-fachstellen, Elternvereine, Migrantenselbstorganisationen, Frühförderung inkl. Konzept zur Zusammenarbeit). Gemeinschaftsleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 4M3 dem Ordner beifügen</b> <i>Kooperationsvereinbarung mit Institutionen, die im Bereich der kulturellen Vielfalt und Inklusion tätig sind</i>
4M4	organisiert Deutsch- oder Integrationskurse für Eltern mit Zuwanderungsgeschichte (mindestens ein Kurs pro Jahr). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 4M4 dem Ordner beifügen</b> <i>Nachweis über Deutsch- oder Integrationskurse</i>
				Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben Titel/ Thema/Art des Kurses:
				Datum:
				Ort:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
				<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):



<p><b>4M5</b></p>	<p>organisiert weitere Bildungsmöglichkeiten speziell für Eltern mit Zuwanderungsgeschichte (bspw. Rucksack-Projekt, mindestens eine weitere Bildungsmöglichkeit pro Jahr). Verbundleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 4M5 dem Ordner beifügen</b>  <i>Nachweis über weitere Bildungsmöglichkeiten speziell für Eltern mit Zuwanderungsgeschichte.</i></p> <p>Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben                  Titel/ Thema/Art der weiteren Bildungsmöglichkeit:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p> <p>Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):</p> <p><b>Wenn Kooperationsstelle:</b>                  Stelle:</p> <p>Ansprechperson:</p> <p>Anschrift:</p>
<p><b>4M6</b></p>	<p>verfügt über Darstellungen seines Angebots in mindestens einer anderen Sprache oder andere Maßnahmen (bspw. bildhafte Darstellungen), um Familien nicht-deutscher Erstsprache das Angebot des Familienzentrums bekannt zu machen. Einrichtungsleistung / Gemeinschaftsleistung</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 4M6 dem Ordner beifügen</b>  <i>Informationen (Flyer etc.) über Angebote aus allen Leistungsbereichen des Familienzentrums in einer anderen Sprache</i></p> <p>In welcher weiteren Sprache werden die Angebote des Familienzentrums dargestellt?</p>



<b>4P1</b>	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit der Kommune, in der die Rolle der Familienzentren im Rahmen kommunaler Präventionsprogramme definiert wird. Kooperationsvereinbarung: Gemeinschaftsleistung, Zusammenarbeit: Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4P1 dem Ordner beifügen</b> <i>Kooperationsvereinbarung mit der Kommune über die Rolle der Familienzentren im Rahmen kommunaler Präventionsprogramme</i>
<b>UND</b>				
<b>4P1.1</b>	wirkt in einem entsprechenden Arbeitskreis mit. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Name des Arbeitskreises: <hr/> Datum eines Treffens im Prüfzeitraum: <hr/> Thema/Themen des Treffens: <hr/> vertretene Institutionen: <hr/> Wer hat für das Familienzentrum am Treffen teilgenommen? <hr/> ggf. weitere Termine im Prüfzeitraum (mit Datum, Institutionen): <hr/>



<b>4P2</b>	ermöglicht oder organisiert auf der Grundlage einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung Angebote einer (Familien-)Hebamme. Gemeinschaftsleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4P2 dem Ordner beifügen</b> <i>Kooperationsvereinbarung mit einer (Familien-) Hebamme</i>
		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	Bitte Veranstaltungstitel bzw. Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der durchführenden eigenen Fachkraft bzw. die Kooperationsstelle angeben.
				Bitte beschreiben Sie die Angebote:
				Ort:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
			<b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort):	



4P3	organisiert fachlich begleitete offene Baby-Treffs, Eltern-Kind-Gruppen für Familien mit Kleinkindern oder Ähnliches (mindestens alle zwei Wochen). Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Um welches Angebot handelt es sich?
				Wie häufig finden die Gruppen statt?
				Durchschnittliche Teilnehmerzahl: ca.
				Wo finden die Gruppen statt?
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
4P4	organisiert Willkommensbesuche im Sozialraum oder wirkt daran mit. Verbundleistung	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Bitte beschreiben Sie die Willkommensbesuche.
				Wie werden sie vom Familienzentrum organisiert? Wie wirkt das Familienzentrum daran mit?



<b>4P5</b>	organisiert ein für Familien des Sozialraums offenes und niederschwelliges Angebot im Bereich von Gesundheit, Ernährung und/oder Bewegung. Verbundleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4P5 dem Ordner beifügen</b>	
		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<i>Nachweis über ein offenes und niederschwelliges Angebot im Bereich von Gesundheit, Ernährung und/oder Bewegung</i>	
				Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben.	
				Titel/Thema:	
				Datum:	
				Ort:	
				Ansprechperson im Familienzentrum:	
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b>	
				Stelle:	
		Ansprechperson:			
		Anschrift:			
		<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):			



<b>4P6</b>	organisiert ein weiteres Präventionsangebot in Abstimmung mit der Kommune. Verbundleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wenn ja: Anlage unter 4P6 dem Ordner beifügen</b>
		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>	<i>Nachweis über ein weiteres Präventionsangebot in Abstimmung mit der Kommune</i>
				Bitte Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) und Namen der Kooperationsstelle angeben. Worum handelt es sich bei dem Angebot?
				Titel/Thema:
				Datum:
				Ort:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				Name der eigenen Fachkraft (wenn diese das Angebot durchführt):
				<b>Wenn Kooperationsstelle:</b> Stelle:
				Ansprechperson:
		Anschrift:		
		<b>ggf. weitere Veranstaltungen im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationsstelle):		



## B. Struktur des Familienzentrums

### 5. Sozialraumbezug

#### Das Familienzentrum...

5.1	verfügt über aktuelle qualitative Informationen über sein Umfeld (soziale Lage, Wirtschaftsstruktur, Art der Wohnbebauung, Freiflächen/ Spielflächen, besondere Stärken und Schwächen, ...). Einrichtungs- oder Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 5.1 dem Ordner beifügen</b>                  Aktuelle qualitative Informationen über das Umfeld (vgl. Vorlage im Handbuch)</p> <p>Bitte für die Bearbeitung der Sozialraumanalyse die entsprechenden Erläuterungen im Handbuch sowie die Vorlage beachten.</p>
5.2	verfügt über ein aktuelles sozialraumorientiertes Konzept für das Familienzentrum und seine Entwicklung und begründet, wie sein Angebot (einschließlich der gewählten Profildbereiche) zu den Bedingungen des Umfeldes passt. Das Konzept wird jährlich in einer Teambesprechung reflektiert und ggf. aktualisiert. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 5.2 dem Ordner beifügen</b>                  Entwicklungskonzeption mit Angebotsabstimmung auf den Sozialraum (vgl. Vorlage im Handbuch)</p> <p>Bitte für die Bearbeitung die entsprechende Erläuterung im Handbuch und die Vorlage beachten.</p>
5.3	öffnet Angebote für Familien im Umfeld, die keine Kinder in der Tageseinrichtung haben. Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p>Durchschnittliche Anzahl der Familien (ca.):</p> <p>An welchen konkreten Angeboten und Leistungen können diese Familien teilnehmen (mind. 2 Bsp.)?</p>
5.4	sorgt dafür, dass seine Angebote auf Veranstaltungen im Umfeld präsentiert werden (mindestens einmal pro Jahr). Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p>Titel und Art der Veranstaltung:</p> <p>Datum:</p> <p>Ort:</p> <p>Wie wurden die Angebote des Familienzentrums präsentiert?</p> <p>Datum der nächsten Veranstaltung:</p>



5.5	verfügt über Daten zur sozialen Lage im Umfeld. (bspw. Bevölkerungsdaten, Einkommen, Anteil von Familien mit Zuwanderungsgeschichte, Empfängerinnen und Empfängern von Grundsicherungsleistungen, ...). Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 5.5 dem Ordner beifügen</b> Zahlen (Zahlenmaterial) zur sozialen Lage</p>
5.6	kooperiert mit einem Ortsteilarbeitskreis oder einem ähnlichen sozialraumbezogenen Gremium (mindestens zwei Treffen pro Jahr). Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>1. Treffen</b> Name des Ortsteilarbeitskreises/Gremiums:  Datum:  vertretene Institutionen:</p> <p><b>2. Treffen</b> Name des Ortsteilarbeitskreises/Gremiums:  Datum:  vertretene Institutionen:</p> <p><b>ggf. weitere Termine im Prüfzeitraum (mit Datum, vertretene Institutionen):</b></p>
5.7	kooperiert auf der Grundlage einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung mit einer Grundschule (oder mehreren Grundschulen) im Umfeld, so dass Familien mit Grundschulkindern Angebote des Familienzentrums nutzen können. Die Kooperationsvereinbarung kann gemeinsam mit anderen Familienzentren im Umfeld der Grundschule abgeschlossen werden. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 5.7 dem Ordner beifügen</b> Kooperationsvereinbarung mit einer Grundschule</p> <p>Ansprechperson im Familienzentrum:  Name der Grundschule:  Ansprechperson:  Anschrift:  Beispiele für Angebote, die von Familien mit Grundschulkindern genutzt werden können:</p>



5.8	Familienzentrum kooperiert mit einer Einrichtung oder Gruppen von Seniorinnen und Senioren im Umfeld und organisiert gemeinsame Angebote mit Kindern und Seniorinnen und Senioren (mindestens ein Angebot pro Halbjahr). Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Einrichtung/ Gruppe für/ von Seniorinnen und Senioren:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
				Inhalte der Kooperation:
				Ansprechperson im Familienzentrum:
				Bitte jeweils den Veranstaltungstitel bzw. das Thema, Datum und Ort der gemeinsamen Angebote (ggf. mit Adresse, wenn nicht im Familienzentrum) angeben.
				<b>1. Halbjahr</b> Titel/Thema/Inhalt:
				Datum:
				Ort:
				<b>2. Halbjahr</b> Titel/Thema/Inhalt:
				Datum:
				Ort:
				<b>ggf. weitere Angebote im Prüfzeitraum</b> (mit Thema, Datum, Ort, Namen der Fachkraft bzw. Kooperationspartner):



## 6. Verbindliche Kooperationsstrukturen

### Das Familienzentrum...

6.1	verfügt über Räumlichkeiten in der Tageseinrichtung oder im unmittelbaren Umfeld, in denen Angebote des Familienzentrums (auch durch Kooperationsstellen) durchgeführt werden können, ohne dass es zu wechselseitigen Beeinträchtigungen zwischen diesen Angeboten und der pädagogischen Arbeit in der Tageseinrichtung kommt. Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Anzahl der Räume im Familienzentrum, in denen gemäß des Kriteriums Angebote durchgeführt werden können:
				<b>Wenn Sie Räume von Kooperationsstellen im Umfeld nutzen, bitte die Informationen zur Kooperationsstelle angeben:</b> Stelle:
				Anzahl der Räume:
				Ansprechperson:
				Anschrift:
6.2	verfügt über ein aktuelles Verzeichnis der Kooperationsstellen (bspw. Erziehungs-/ Familienberatungsstellen, Familienbildungsstätten, Kindertagespflegevermittlung/-beratung, Fachstellen für Inklusion), in dem Anschriften und Kontaktdaten, zentrale Ansprechpersonen, Aufgaben und Leistungen der Kooperationsstellen und deren Angebote benannt sind. Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 6.2 dem Ordner beifügen</b> <i>Ein aktuelles Verzeichnis der Kooperationsstellen mit Anschriften, zentralen Ansprechpersonen, Aufgaben und Leistungen der Kooperationsstellen.</i>
6.2.1	sorgt dafür, dass allen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern die Kooperationsstellen und deren Angebote bekannt sind. Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Wie werden diese Informationen im Team bekannt gemacht?

UND



6.3	verfügt über eine Planungsgruppe oder wirkt an einer einrichtungübergreifenden Planungsgruppen mit, in der mit Kooperationsstellen die Familienzentrumsangebote reflektiert und weiterentwickelt werden (mindestens ein Treffen pro Jahr). Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Datum:
				teilnehmende Kooperationsstellen:
				ggf. weitere Termine im Prüfzeitraum (mit Datum und teilnehmenden Kooperationsstellen):
6.4	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen für Erziehungs-/Familienberatung (vorrangig mit anerkannten Trägern der Kinder- und Jugendhilfe). Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 6.4 dem Ordner beifügen</b> Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen für Erziehungs-/Familienberatung
6.4.1	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem Anbieter von Familienbildung (vorrangig mit einer zertifizierten Familienbildungsstätte). Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 6.4.1 dem Ordner beifügen</b> Kooperationsvereinbarung mit einem Anbieter von Familienbildung
6.5	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen für Erziehungs-/Familienberatung (vorrangig mit anerkannten Trägern der Kinder- und Jugendhilfe) und Anbieterinnen bzw. Anbietern von Familienbildung (vorrangig mit einer zertifizierten Familienbildungsstätte). Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlagen unter 6.4 und 6.4.1 beifügen</b>
6.6	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen aus dem Gesundheitsbereich (bspw. Kinderärztinnen oder Kinderärzte, Zahnärztinnen oder Zahnärzte, Therapeutinnen oder Therapeuten, Gesundheitsamt). Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 6.6 dem Ordner beifügen</b> Kooperationsvereinbarung mit Institutionen oder Personen aus dem Gesundheitsbereich



6.7	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einer Fachberatungs- und Vermittlungsstelle für Kindertagespflege, einem Kindertagespflegeverein/-börse o.Ä. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 6.7 dem Ordner beifügen</b>  <i>Kooperationsvereinbarung mit einer Fachberatungs- und Vermittlungsstelle für Kindertagespflege</i></p>
6.8	verfügt über eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit weiteren Partnerinnen und Partnern zur Entwicklung und Durchführung besonderer Angebote. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 6.8 dem Ordner beifügen</b>  <i>Kooperationsvereinbarung mit weiteren Partnerinnen und Partnern zur Entwicklung und Durchführung besonderer Angebote</i></p>



## 7. Zielgruppenorientierte interne und externe Kommunikation

### Das Familienzentrum...

<b>7.1</b>	verfügt über aktuelle Flyer, Broschüren, Infoblätter und/oder bildhafte Plakate mit Darstellungen seines Angebots (ggf. auch in digitaler Form), wobei Bestandteile aus allen Leistungsbereichen 1 bis 4 berücksichtigt sind. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 7.1 dem Ordner beifügen</b> <i>aktuelle Flyer, Broschüren, Infoblätter und/oder bildhafte Plakate mit Darstellungen seines Angebots sowie Screenshots digitaler Formate, wobei Bestandteile aus allen Leistungsbereichen 1 bis 4 berücksichtigt sind</i>
<b>7.2</b>	sorgt dafür, dass an einem Aushang (bspw. Schaukasten, Informationswand) aktuellen Angebote des Familienzentrums aus allen Leistungsbereichen (1-4) angekündigt sind. Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>7.3</b>	sorgt dafür, dass Darstellungen seiner Angebote (bspw. Flyer, Broschüren, o. Ä.) an unterschiedlichen Stellen ausliegen bzw. ausgehängt werden (bspw. Supermarkt, Kinderarztpraxen). Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Auslageplätze:
<b>7.4</b>	sorgt dafür, dass – über die im KiBiz für alle Kindertageseinrichtungen vorgesehenen Bedarfsabfragen hinaus – mindestens alle zwei Jahre über Fragebogen und/oder niederschwellige, dialogorientierte Formate eine Elternbefragung mit speziellen, auf das Familienzentrum ausgerichteten Fragestellungen durchgeführt und ausgewertet wird. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 7.4 dem Ordner beifügen</b> <i>Elternbefragungen mit speziellen, auf das Familienzentrum ausgerichteten Fragestellungen, die über die im Gesetz vorgesehenen Bedarfsabfragen hinausgehen</i>
				letzte Durchführung am:
				nächste Durchführung am:
<b>7.5</b>	verfügt über eine aktuelle Internetseite mit Darstellungen seines Angebots, in denen Bestandteile aus allen Leistungsbereichen (1 bis 4) berücksichtigt sind. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Adresse der Internetseite:



7.6	sorgt dafür, dass seine Angebote über verschiedene zur Verfügung stehende und bedarfsgerechte Medien (bspw. Printmedien, Online-Medien, Radio und Fernsehen) bekannt gemacht werden (mindestens einmal pro Jahr). Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 7.6 dem Ordner beifügen</b> Nachweis über die Presseartikel etc., die die Angebote des Familienzentrums bekannt gemacht werden
				Wann wurde das Angebot bekannt gemacht?
				Wo wurde das Angebot bekannt gemacht (Quelle)?
7.7	organisiert einen Tag der Offenen Tür, ein Fest o. Ä., wobei das Angebot des Familienzentrums präsentiert wird (mindestens ein Angebot pro Jahr). Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Art der Veranstaltung im Familienzentrum:
				Datum:
				Ort:
				Art der Präsentation der Angebote des Familienzentrums:
				Datum der nächsten Veranstaltung:
7.8	kommuniziert mit Familien über E-Mail und/oder andere Kommunikationsmedien, so dass Familien informiert werden, Kontakt aufnehmen und eine schnelle Antwort erhalten können. Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Wie wird gewährleistet, dass Familien in der Regel innerhalb von 24 Stunden eine Rückmeldung erhalten?
				Welche Informationen werden zu welchem Zweck ausgetauscht?



## 8. Qualitätssicherung durch Steuerung und Teamentwicklung

### Das Familienzentrum...

8.1	kooperiert mit der örtlichen Jugendhilfeplanung (mit dem zuständigen Jugendamt), um Informationen über Planungen und Angebote des Familienzentrums auszutauschen. Gemeinschaftsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Bitte beschreiben Sie die Zusammenarbeit:  
8.2	verfügt – zusätzlich zu den im KiBiz vorgesehenen Leitungsstunden für eine Kindertageseinrichtung der jeweiligen Größe – über ein Kontingent von Freistellungszeit für die Leitung oder eine andere Fachkraft, das speziell für das Familienzentrum vorgesehen ist. Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 8.2 dem Ordner beifügen</b> <i>Kopie einer anonymisierten Dienstvereinbarung oder Organisationsverfügung bzw. eines entsprechenden Dokuments, welches die Freistellungszeit darstellt</i>  Welche Fachkraft ist für die Familienzentrumsarbeit freigestellt? Bitte den Namen angeben:  
8.3	sorgt dafür, dass die Angebote des Familienzentrums regelmäßiger Gegenstand der Teamsitzungen sind (mindestens alle zwei Monate). Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 8.3 dem Ordner beifügen</b> <i>Exemplarisches Protokoll einer Teamsitzung, in dem die Angebote des Familienzentrums Gegenstand waren</i>  



8.4	sorgt dafür, dass – über die Zuständigkeit der Leitung hinaus – mindestens 30% der Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter des Familienzentrums Schwerpunkte in den Leistungsbereichen des Familienzentrums übernehmen und betreuen (bspw. Zuständigkeit für Kindertagespflege, für die Kooperation mit Erziehungs-/Familienberatung). Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	Bitte geben Sie das Datum des eingereichten Protokolls an:
				Bitte die Gesamtanzahl der päd. Mitarbeitenden (ohne Leitung) angeben:
				Wie viele Mitarbeitende davon haben Schwerpunkte übernommen? (Bitte die Anzahl angeben):
				Welche Mitarbeitenden haben welche Schwerpunkte übernommen? (bitte Namen und Schwerpunkte notieren):
				1. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (und Schwerpunkt):
				2. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (und Schwerpunkt):
				3. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (und Schwerpunkt):
				4. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (und Schwerpunkt):
		5. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter (und Schwerpunkt):		
		ggf. weitere Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter (und Schwerpunkt):		



<b>8.5</b>	sorgt dafür, dass mindestens 30 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Zertifizierungsjahr an Fortbildungen und Fachtagungen zum Thema „Familienzentrum“ teilnehmen. Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> <b>JA</b>	<input type="checkbox"/> <b>NEIN</b>	<b>Wenn ja: Anlage unter 8.5 dem Ordner beifügen</b> Qualifikationsnachweise/ Teilnahmebescheinigungen über Fortbildungen zu Themen des Familienzentrums im Zertifizierungszeitraum
		<b>Bitte angeben:</b> <b>Gesamtzahl der päd. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. Leitung):</b>		
<b>Anzahl der päd. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. Leitung), die im Zertifizierungsjahr an einer Fortbildung teilgenommen haben:</b>				
<b>1. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter</b> Name:				
Datum der Fortbildung:				
Thema der Fortbildung:				
<b>2. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter</b> Name				
Datum der Fortbildung:				
Thema der Fortbildung:				
<b>3. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter</b> Name:				
Datum der Fortbildung:				
Thema der Fortbildung:				
<b>4. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter</b> Name:				
Datum der Fortbildung:				
Thema der Fortbildung:				
<b>5. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter</b>				



		Name:
		Datum der Fortbildung:
		Thema der Fortbildung:
		6. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter Name:
		Datum der Fortbildung:
		Thema der Fortbildung:
		7. Mitarbeiterin oder Mitarbeiter Name:
		Datum der Fortbildung:
		Thema der Fortbildung:
		ggf. weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Name, Thema und Datum der Fortbildungen):
<p style="text-align: center;"><b>ODER</b></p> <p><b>8.5.1</b> organisiert pro Zertifizierungsjahr entsprechende Inhouse-Fortbildungen mit externen Referentinnen und Referenten. Einrichtungsstruktur</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>JA</b>    <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b></p>	<p><b>Wenn ja: Anlage unter 8.5.1 dem Ordner beifügen</b>  <i>Qualifikationsnachweise/ Teilnahmebescheinigungen über die Inhouse- Fortbildung zu Themen des Familienzentrums im Zertifizierungszeitraum</i></p> <p>Bitte angeben:  <b>Gesamtzahl der päd. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. Leitung):</b></p> <p><b>Anzahl der päd. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (inkl. Leitung), die im Zertifizierungsjahr an einer Inhouse-Fortbildung teilgenommen haben:</b></p> <p>Thema der Inhouse-Fortbildung:</p> <p>Datum der Inhouse-Fortbildung:</p> <p>Name der Referentin oder des Referenten:</p>



				Anschrift:
8.6	verfügt über eine stellvertretende Leitung oder eine andere Mitarbeiterin bzw. einen anderen Mitarbeiter, die bzw. der an der Steuerung des Familienzentrums mitwirkt. Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Name der stellv. Leitung bzw. der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters:
				Wie und in welchen Bereichen wirkt die entsprechende Leitungs-(Fach-)kraft an der Steuerung des Familienzentrums mit?
8.7	verfügt über ein anerkanntes System für Qualitätsmanagement/ Qualitätssicherung/ Qualitätsentwicklung, das Aufgabenfelder des Familienzentrums einschließt, und wendet es an. Einrichtungsstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<b>Wenn ja: Anlage unter 8.7 dem Ordner beifügen</b> Darstellung des QM-Systems, welche die Aufgabenfelder des Familienzentrums abbildet (z.B. das Inhaltsverzeichnis des Verfahrens)
8.8	kann auf die externe Unterstützung durch Fachberatungen, Koordinierungsstellen o.Ä. zurückgreifen, die zur Weiterentwicklung von Familienzentren beitragen. Verbundstruktur	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	Durch welche Instanz/en bzw. auf wen kann das Familienzentrum bei Bedarf zurückgreifen?
				Bitte beschreiben Sie hier, inwieweit dies zur Weiterentwicklung des Familienzentrums beiträgt:



## Zusatzangaben



1 E 06.12.2021 09:11:57

75 / 76

**pädquis**



pädquis · Familienzentrum NRW  
Ordensmeisterstr. 15-16 · 12099 Berlin  
familienzentrum@paedquis.de

# Checkliste für die Anlagen



1 E 06.12.2021 09:11:57

76 / 76

**pädquis**



pädquis · Familienzentrum NRW  
Ordensmeisterstr. 15-16 · 12099 Berlin  
familienzentrum@paedquis.de