

Stadt Duisburg
Jugendamt
Koordinationsstelle Fröhe Hilfen
Kuhstr.18
47049 Duisburg
Per Fax: 0203-36398353

Datum _____

Antrag auf Beratung und Unterstützung gem. §16 des Kinder – und Jugendhilfegesetzes und gem. § 3 (4) Bundeskinderschutzgesetz (BukiSchG)

Einsatz einer Familienhebamme / Familien- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin (FGKiKP)

Ich beantrage die o.g. Hilfe für:
meine Tochter / meinen Sohn

Familienname des Kindes

Vorname

(voraussichtliches) Geburtsdatum

Geburtsort

Mir ist bekannt, dass die Familienhebammen und FGKiKP/ das Jugendamt / Gesundheitsamt / Institut für Jugendhilfe die erforderlichen Daten zur Erfüllung ihrer bzw. seiner Aufgaben **i m B e d a r f s f a l l** austauschen.

Hinweis zum Datenschutz

Die im Rahmen der Anmeldung erhobenen Daten werden zur Organisation und Durchführung der Betreuungsmaßnahme gespeichert und gegebenenfalls an Dritte weiter geleitet.

Unterschrift / Mutter

(Vor- und Familienname)

und / oder

Unterschrift / Vater

(Vor- und Familienname)

genehmigt:

Unterschrift / Sachgebietsleiter



Name der Institution (Klinik/ Kinderarzt/ Beratungsstelle/ASD/ etc.)
Straße:
Ort:
Name und Telefonnummer der/s Mitarbeiters/-in:

Jugendamt Duisburg / Frühe Hilfen
51-31 ZA / Frau Frensch
51-31 ZA / Frau Gathen

Tel.: 0203/ 34699816

Fax: 0203/ 36398353

In Absprache mit der Kindesmutter und / oder dem Kindesvater

Personalien/ Eltern/ Kind(er):

Mutter:	geb. am:	
Vater:	geb. am:	
Kind:	geb. am:	voraussichtlicher Geburtstermin:
Geschwister:		
Adresse:		Tel.

besteht Bedarf für den Einsatz einer Familienhebamme/ FGKIKP (Kurzbeurteilung):

In der Familie werden weitere Hilfen gewährt (Träger, Art und Umfang):

Datum und Unterschrift Mitarbeiter/-in der unterstützenden Institution
