

Stadt Duisburg
Jugendamt
Koordinationsstelle Fröhe Hilfen
Schwanenstraße 5-7
47051 Duisburg
Per E-Mail: fruehe-hilfen@stadt-duisburg.de

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 weitergeleitet.

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

51-33 FH / Frau Frensch

51-33 FH / Frau Pugell

Tel.: 0203/ 283 8557

E-Mail: fruehe-hilfen@stadt-duisburg.de

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
