

Stadt Duisburg
Jugendamt
Koordinationsstelle Frühe 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 im Bedarfsfall 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 Mitarbeiter/-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/ FGKiP (Kurzbegründung):

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

Datum und Unterschrift Mitarbeiter/-in der unterstützenden Institution