

An den

Fachdienst Kindertagespflege

 im Stadtschulamt 40.32 in freier Trägerschaft _____

Name des Trägers

Betreuung – herzlich, flexibel, professionell

Vertretung einer Tagesfamilie während Krankheit oder betreuungsfreien Zeiten

in Bezug auf die Vereinbarung zur Förderung in Tagesfamilien Frankfurt nach
§ 23 SGB VIII in Verbindung mit § 90 SGB VIII

Eine Vertretung ist nur möglich, wenn sie von der zuständigen pädagogischen Fachberatung des Fachdienstes Kindertagespflege genehmigt wurde.

Kind

Familiename	Vorname	Geburtsdatum
-------------	---------	--------------

Zu vertretende Tagesfamilie

Name	Vorname	Stadtteil
Betreuungsstunden pro Woche gemäß Vereinbarung	_____ Std. (inkl. Vor- und Nachbereitungszeit) <input type="checkbox"/> mehr als 0-5 Std.* <input type="checkbox"/> mehr als 5-10 Std.* <input type="checkbox"/> mehr als 10-15 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 15-25 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 25-35 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 35-45 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 45-55 Std.	
Betreuungstage gemäß Vereinbarung	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So	

Vertretende Tagesfamilie

Name	Vorname	Stadtteil
------	---------	-----------

Vertretung

Grund der Vertretung	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> betreuungsfreie Zeit <input type="checkbox"/> andere Gründe _____	
Monat der Vertretung	_____ 20 ____	
Vertretungstage vom	____. ____ . 20 ____ bis ____ . ____ . 20 ____	
Anzahl der tatsächlichen Vertretungstage	_____	
Betreuungstage während Vertretung	<input type="checkbox"/> Mo <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> Mi <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> So	
Gesamte Betreuungsstunden pro Woche (Betreuungsstunden pro Woche zzgl. eventueller zusätzlicher Vertretungsstd.)	<input type="checkbox"/> mehr als 0-5 Std.* <input type="checkbox"/> mehr als 5-10 Std.* <input type="checkbox"/> mehr als 10-15 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 15-25 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 25-35 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 35-45 Std. <input type="checkbox"/> mehr als 45-55 Std.	
Davon <u>zusätzliche</u> Vertretungsstunden pro Woche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ zusätzliche Stunden wöchentliche Anwesenheit (Bei zusätzlichen Stunden ist eine entsprechende Bescheinigung vorzulegen.)	

*nur bei einrichtungsergänzender Betreuung

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

Ort, Datum_____
Unterschrift der Tagesfamilie_____
Ort, Datum_____
Unterschriften der Personensorgeberechtigten

Bei einer Vertretung muss die Unterschrift der vertretenden Tagesfamilie und der Personensorgeberechtigten vorliegen!