

## Erhebungsbogen zur Erfassung der Angebote Früher Hilfen - Entwurf zu Erhebungsmerkmalen -

### 1. Angaben zum Träger

#### 1.01. Name des Trägers

---

#### 1.02. Rechtsform der Trägerschaft

- öffentlich                       privat  
 frei                                 Selbsthilfe

#### 1.03. Ansprechpartner/in

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### 1.04. Anschrift des Trägers

---

#### 1.05. Internetpräsenz

http://www. \_\_\_\_\_

#### 1.06. Anzahl der Vollzeitstellen\*

\* die Stellenanteile müssen addiert werden

---

#### 1.07. davon Stellenanteile zuständig für Frühe Hilfen\*

\* die Stellenanteile müssen addiert werden

---

## 2. Angaben zum Angebot\*

\* für jedes Angebot ist ein gesonderter Fragebogen auszufüllen

### 2.01. Name des Angebotes

---

### 2.02. Zielgruppe des Angebotes\*

\* mehrere Nennungen möglich

- Kinder 0-3 Jahre
- Kinder 4-6 Jahre
- Kinder 7-14 Jahre
- werdende Eltern
- Eltern
- Sonstige, und zwar \_\_\_\_\_

### 2.03. Inhalt des Angebotes\*

\* mehrere Nennungen möglich

- informativ
- beratend
- begleitend
- betreuend
- bildend
- themenspezifisch
- zielgruppenspezifisch
- medizinisch/therapeutisch
- Sonstige, und zwar \_\_\_\_\_

### 2.04. Kosten

- nein                       ja, \_\_\_\_\_ €

### 2.05. Zugangswege\*

\* mehrere Nennungen möglich

- |                                                 |                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> persönlich             | <input type="checkbox"/> Überweisung              |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung über _____ | <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar _____ |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von _____   |                                                   |

## 2.06. sozialrechtliche Zuordnung\*

\* mehrere Nennungen möglich

- |                          |                                |         |
|--------------------------|--------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | SGB V                          | § _____ |
| <input type="checkbox"/> | SBG VIII                       | § _____ |
| <input type="checkbox"/> | SBG XII                        | § _____ |
| <input type="checkbox"/> | Schulgesetz                    | § _____ |
| <input type="checkbox"/> | Schwangerschaftskonfliktgesetz | § _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sonstige, und zwar _____       | § _____ |

## 2.07. Einzugsbereich der Zielgruppe

### 2.071. Landkreis/kreisfreie Stadt/Land\*

\* mehrere Nennungen möglich

- |                                                          |                                                       |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Landkreis Barnim                | <input type="checkbox"/> Landkreis Potsdam-Mittelmark |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Dahme-Spreewald       | <input type="checkbox"/> Landkreis Prignitz           |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Elbe-Elster           | <input type="checkbox"/> Landkreis Spree-Neiße        |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Havelland             | <input type="checkbox"/> Landkreis Teltow-Fläming     |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Märkisch-Oderland     | <input type="checkbox"/> Landkreis Uckermark          |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Oberhavel             | <input type="checkbox"/> Stadt Brandenburg a.d.H.     |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Oberspreewald-Lausitz | <input type="checkbox"/> Stadt Cottbus                |
| <input type="checkbox"/> Landkreis Ostprignitz-Ruppin    | <input type="checkbox"/> Stadt Frankfurt (Oder)       |
| <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt                  | <input type="checkbox"/> Stadt Potsdam                |
| <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern          | <input type="checkbox"/> Landkreis Oder-Spree         |
| <input type="checkbox"/> Niedersachsen                   | <input type="checkbox"/> Sachsen                      |
| <input type="checkbox"/> Berlin                          | <input type="checkbox"/> andere, und zwar _____       |

### 2.072. Sozialraum\*

\* mehrere Nennungen möglich

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.08. Öffnungszeiten \*

\* mehrere Nennungen möglich

	6-12 Uhr	12-18 Uhr	18-24 Uhr	0-6 Uhr
<b>wochentags</b>				
<b>feiertags</b>				
<b>Notfall</b>				

2.09. Kooperationspartner/innen

Name	im Konzept ausgewiesen	mit Vertragsbindung

2.10. Personelle Ausstattung des Angebotes

	Anzahl	Stellenanteile	Qualifikation	
			Anzahl der Mitarbeiter/innen	Abschluss
<b>hauptamtliche Mitarbeiter/innen</b>			_____	pädagogisch/psychologisch
			_____	medizinisch/therapeutisch
			_____	andere
			_____	ohne
<b>nebenberufliche Mitarbeiter/innen</b>			_____	pädagogisch/psychologisch
			_____	medizinisch/therapeutisch
			_____	andere
			_____	ohne
<b>ehrenamtliche Mitarbeiter/innen</b>			_____	pädagogisch/psychologisch
			_____	medizinisch/therapeutisch
			_____	andere
			_____	ohne

2.11. Angebotsverantwortliche/r

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Internetpräsenz: \_\_\_\_\_

2.12. Anschrift des Angebotes

---

2.13. Angebot seit wann vorhanden

---

2.14. Finanzierung / Förderung des Angebotes

	<b>Förderer</b>	<b>Förderung seit</b>	<b>Förderung bis</b>	<b>jährl. Fördersumme</b>
<b>öffentliche Förderung</b>				
<b>Eigenmittel</b>				
<b>Drittmittel</b>				
<b>Spenden</b>				
<b>Sonstige, und zwar</b>				