**C 2. Maßnahmen zur psychosozialen Unterstützung von Familien**

**durch spezifische Angebote Frühe Hilfen**

**C 2.1.2 Freiwillige im Kontext Früher Hilfen**

**Eine Antragsstellung ist nur auf der Grundlage bestehender Netzwerke mit**

**aktiven Netzwerkstrukturen möglich**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stadt/Landkreis:** |  | **Haushaltsjahr:** | **2024** |

|  |
| --- |
| **Bestätigung der Fördervoraussetzungen:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Einbindung in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk besteht: |  |
| Projekttitel: |  |
| Projektträger: |  |
| Freier Träger:  Kommunaler Träger: | |
| Projekttitel: |  |
| Projektträger: |  |
| Freier Träger:  Kommunaler Träger: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Eine hauptamtliche Fachbegleitung durch spezifisch geschulte Fachkräfte erfolgt |  |
| Die Familien werden alltagspraktisch begleitet und entlastet. Der Einsatz trägt zu einer Erweiterung sozialer familiärer Netzwerke bei |  |
| Es erfolgt eine Qualitätssicherung an den Schnittstellen zur professionellen Arbeit und weitergehende Hilfen **gem. Leistungsleitlinien** |  |

|  |
| --- |
| **Darstellung der Einbindung der Freiwilligen bzw. der**  **Fachkoordination in die Netzwerkarbeit** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Um welche Art des Einsatzes von Freiwilligen im Kontext**  **Früher Hilfen handelt es sich?** |

|  |
| --- |
| Art der Maßnahme(n): |
|  |
|  |
|  |
| Konkrete(s) Ziel(e): |
|  |
|  |
|  |
| Zielgruppe(n): |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Liegt für den Einsatz von Freiwilligen im Kontext Früher Hilfen**  **ein Fachkonzept vor?** |

Ja (bitte beifügen) Datum der Erstellung:

Geplant oder in Überarbeitung (bitte Planungsstand und weiteres Vorgehen ausführen!)

|  |
| --- |
|  |

**C 2.1.2.1 Nennung der verbindlich geplanten Maßnahmen zur**

**Qualitätssicherung für den Einsatz von Freiwilligen**

|  |
| --- |
| **Maßnahmen zur Qualitätssicherung:** |

|  |
| --- |
|  |

**C 2.1.2.3. Konkret geplante Schulungen und Qualifizierungen von**

**Koordinierenden und Freiwilligen**

|  |
| --- |
| Bezeichnung der Schulung / Qualifizierungsmaßnahme: |
|  |
|  |
|  |
| Konkrete(s) Ziel(e): |
|  |
|  |
|  |
| Teilnehmerkreis der Schulung / Qualifizierungsmaßnahme: |
|  |