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

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

**durch spezifische Angebote Frühe Hilfen**

**C 2.1.1 Längerfristige Unterstützung von Familien in den Frühe Hilfen**

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

**Netzwerkstrukturen möglich**

|  |  |
| --- | --- |
| **Bestätigung der Fördervoraussetzungen:** | |
| Ein lokales Netzwerk Frühe Hilfen besteht **und** eine Koordinierungsstelle ist vorhanden. |  |
| Der Einsatz von den in den **GFB** tätigen Fachkräften ist in das Netzwerk eingegliedert. |  |
| Die in den GFB tätigken Fachkräfte sind oder werden entsprechend den vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen und Ländern beschlossenen Mindestanforderungen qualifiziert. |  |
| Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe hat bzw. wird unter Berücksichtigung des Besserstellungsverbots Vereinbarungen mit den Familienhebammen und/oder Trägern abschließen, in denen die Voraussetzungen und die Finanzierung des Einsatzes in den Familien geregelt ist. |  |

**Datum der Vereinbarung:**       (Bitte die aktuelle Vereinbarung als Anlage **beifügen**)

Die Vereinbarung liegt im Entwurf vor und soll voraussichtlich zum       geschlossen werden. (Bitte unaufgefordert nach Abschluss **vorlegen**)

|  |
| --- |
| **Es liegt ein schriftliches Gesamtkonzept vor:** |

Ja (bitte beifügen) Datum der Erstellung:

Geplant (bitte Planungsstand und weiteres Vorgehen ausführen)

|  |
| --- |
|  |

**Beschreiben Sie kurz und konkret den derzeitigen Stand des Einsatzes der**

**längerfristigen Unterstützung von Familien in den Frühe Hilfen:**

|  |
| --- |
|  |

**Beschreiben Sie kurz und konkret Ihr aktuelles Entwicklungsinteresse im Bereich längerfristige Unterstützung von Familien in den Frühe Hilfen:**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Führen Sie bis zu fünf konkrete Ziele im Bereich der längerfristigen Unter-stützung von Familien in den Frühe Hilfen auf, die Sie im Förderjahr verfolgen:**  (Bei überjährigen Zielen führen Sie bitte dem konkret benannten Ziel die Schritte auf, die im Förderjahr umgesetzt werden sollen) |

|  |
| --- |
|  |

**C 2.1.1.2. Konkret geplante Maßnahmen zur Qualifizierung,**

**Fortbildung, Koordination, Fachberatung und Super-**

**vision der in der GFB tätigen Fachkräfte im Förderjahr:**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung der Maßnahme: |  |
| Nennung des Bildungsträgers/Trägers: |  |

|  |
| --- |
|  |

**C 2.1.1.4. Nennung der geplanten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und**

**Dokumentation der GFB im Förderjahr**

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

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Maßnahmen zur Dokumentation:** |

|  |
| --- |
|  |