

Anlage 2:

Verwendungsnachweis zur Förderung von Familienzentren - 2017

Einrichtung			
Anschrift			
Ansprechperson			
Telefonnr.		Faxnr.	
E-Mail			

1. Ausgangslage	Beschreiben Sie bitte kurz die Ausgangslage Ihrer Einrichtung im Hinblick auf das Kommunale Gesamtkonzept	
Strukturelle Daten Entwicklungsprozess		
2. Koordinationskraft	Mit dem Erlass des MSGWG werden Personalkosten für eine halbe Fachkraftstelle finanziert. Welche Aufgaben nimmt diese Koordinationskraft bei Ihnen wahr?	
Aufbau eines Netzwerkes von Kooperationspartner um familienunterstützende Angebote im Familienzentrum anzubieten Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Koordination der Angebote in Kooperation mit allen im Familienzentrum beteiligten MitarbeiterInnen und Kooperationspartnern Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Teilnahme an allen zur Aufgabenerfüllung notwendigen Kooperationstreffen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Öffentlichkeitsarbeit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Entwicklung, Koordination und Begleitung von Formen der Elternbeteiligung, z.B. Elterncafes, Reflexion von Angeboten und ggf. Planung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Entwicklung und punktuell auch Durchführung von Kursangeboten Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sicherstellung von Dokumentation und Präsentation der Projekte im Familienzentrum ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Erledigung der erforderlichen Verwaltungs- und Organisationsaufgaben für die Angebote im Familienzentrum Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Weitere Aufgaben (bitte benennen):	_____	
Die Dienst- und Fachaufsicht für die Koordinationskraft liegen bei der Leitung des Familienzentrums Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Die Dienst- und Fachaufsicht für die Koordinationskraft liegen beim Träger der Einrichtung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Die Koordination ist im Rahmen ihrer Tätigkeit vom pädagogischen Gruppendienst ausgenommen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3. Handlungsfelder	Der Erlass des MSGWG sieht vor, dass mindestens 3 der benannten Handlungsfelder im Konzept des Familienzentrums verankert sind. Welche Handlungsfelder bedienen Sie mit welchen Maßnahmen? a) Gruppen- und Kursangebote b) Einzelangebote und Beratung c) Sonstiges Bitte benennen Sie die Angebote innerhalb der von Ihnen gewählten Handlungsfelder	
Stärkung der Elternkompetenz		
Förderung einer bruchlosen Bildungsbiographie		
Stärkung des effektiven Übergangs von der Kita zur Grundschule		
Förderung von sozial besonders benachteiligten Kindern		
Stärkung der Erziehungskompetenz durch Elternbildung		
Förderung der Integration		
Vereinbarkeit von Familie und Beruf (z.B. Ganztagsbetreuung)		
Sonstiges		

4. Ziele der Angebote/ Zielindikatoren		Beschreiben Sie bitte kurz, welche Ziele Sie für die Handlungsfelder gemäß Erlass erreichen wollen. Nennen Sie bitte die drei wichtigsten Indikatoren, anhand derer Sie den Erfolg Ihrer Ziele bewerten wollen. Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass die Ziele messbar sind. Haben Sie das Ziel vollständig, teilweise oder gar nicht erreicht?
Handlungsfeld/ Ziel		
	1.1	
	1.2	
	1.3	
Handlungsfeld/ Ziel		
	2.1	
	2.2	
	2.3	
Handlungsfeld/ Ziel		
	3.1	
	3.2	
	3.3	
Konzept	Beschreiben Sie bitte, den Prozess und das Verfahren zur Auswahl der geplanten Angebote im Rahmen Ihrer Ziele und Zielgruppen	

Zielgruppen		Bitte benennen Sie die Zielgruppen, die für Ihre Einrichtung im Fokus stehen
	<input type="checkbox"/>	Junge schwangere Frauen und Eltern
	<input type="checkbox"/>	Schwangere Frauen und Eltern mit Zugangshemmnissen zu Unterstützungsangeboten
	<input type="checkbox"/>	Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Familien mit Kindern bis zu 14 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Schwangere Frauen und Eltern mit Migrationserfahrungen
	<input type="checkbox"/>	Alleinerziehende mit Kindern bis zu 3 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Alleinerziehende mit Kindern bis zu 14 Jahren
	<input type="checkbox"/>	Eltern, mit kumulierenden Belastungen (wirtschaftliche, persönliche und familiale)
	<input type="checkbox"/>	Sonstige (<i>Bitte benennen</i>)
Kooperationspartner		Bitte benennen Sie Ihre Kooperationspartner
	<input type="checkbox"/>	(weitere) Kindertageseinrichtungen
	<input type="checkbox"/>	Schule
	<input type="checkbox"/>	Frühförderstelle
	<input type="checkbox"/>	Familienhilfe
	<input type="checkbox"/>	Tagespflege
	<input type="checkbox"/>	ASD
	<input type="checkbox"/>	Jobcenter
	<input type="checkbox"/>	Schuldnerberatung
	<input type="checkbox"/>	Familienbildungsstätte
	<input type="checkbox"/>	Vereine
	<input type="checkbox"/>	Sonstige (<i>bitte benennen</i>)

Rechnerische Verwendung

Ausgaben 2016 bzw. 2017	Personalkosten	€
	Falls es sich um einen Stellenanteil handelt, bezeichnen Sie diesen bitte)	
	Sachkosten	€
	z.B. Lehr- und Lernmittel	€
	Fortbildungskosten	€
	Honorare	€
		€
		€
	Gemeinkosten	€
	Sonstige Kosten (bitte benennen)	€
		€
€		
Einnahmen 2016 bzw. 2017	Teilnehmer/innenbeiträge	€
	Drittmittel	€
	Spenden	€
	Zuwendung des Kreises	€
	Davon Mittel des Erlasses des MSGWG	
	Zuwendung der Gemeinde	€
	Andere Zuwendungen	€
	Summe Sonstige Einnahmen	€
	€	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift