**Absender: (Träger)**

**Empfänger:**

Landkreis Kassel – Fachbereich Jugend

Tageseinrichtungen für Kinder

– Fachaufsicht –

Wilhelmshöher Allee 19 – 21

34117 Kassel

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Tageseinrichtung lt. BE: |  |
| Einrichtungs-Nummer lt. BE: |  |

**Unverzügliche Meldung einer Veränderung nach § 47 SGB VIII**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Veränderung im organisatorischen Bereich** | |
| Datum der Veränderung: | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Leitung (NEU): |  |
| Öffnungszeiten (NEU): |  |
| Name der Einrichtung (NEU): |  |
| Sonstiges: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zu Arbeitsunfähigkeit über 42 Tage bzw. Beschäftigungsverbot** | |
| Name, Vorname: |  |
| Datum Beginn Beschäftigungsverbot: | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Datum Beginn Krankmeldung: | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| Datum Ende Lohnfortzahlung:  (i. d. R. 6 Wochen nach Krankmeldung) | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |

**Folgende Unterlagen sind beigefügt:**

**Meldebogen nach §47 SGB VIII** zum Tag der Veränderung im organisatorischen Bereich bzw. Ende der Lohnfortzahlung/Beginn Beschäftigungsverbot (immer beizufügen!)

Ausbildungs-/Qualifikationsnachweise der Einrichtungsleitung (bei Leitungswechsel beizufügen!)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | **Ort, Datum** |  | **Unterschrift** |