

Landkreis Kassel

Fachdienst Kindertagespflege

Wilhelmshöher Allee 19 – 21

34117 Kassel

\_

**Vertretungsmodell im Landkreis Kassel**

**Bestätigung der zu vertretenden Tagespflegeperson**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname: |  |
| Straße, Hausnummer: |  |
| PLZ, Ort: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

Ich bin als Tagespflegeperson im Landkreis Kassel tätig und bestätige, dass ich zukünftig in Ausfallzeiten vertreten werde durch:

Herrn / Frau \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *vollständiger Name*

Das Vertretungsmodell wird unter Beachtung der umseitig aufgeführten Bedingungen durchgeführt

 ab dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 *Datum (TT.MM.JJJJ)*

Teilnahmebedingungen:

* Die Betreuung im Rahmen der Vertretungsarbeit findet bei mir zu Hause oder im Haushalt Vertretungs-Tagespflegeperson statt.
* Um ein gegenseitiges Kennenlernen zu ermöglichen, werden meine Tageskinder und ich uns regelmäßig – mindestens jedoch alle 14 Tage – mit der vertretenden Tagespflegeperson treffen. Die persönlichen Kontakte sollen in Präsenz stattfinden und mindestens 2 Stunden dauern.
* Es ist erforderlich, im vierteljährlichen Rhythmus eine Rückmeldung über die stattgefundenen Kontakte und möglichen Vertretungsfälle an den Fachdienst zu übersenden. Ein entsprechender Vordruck wird zur Verfügung gestellt. Dieser ist von der Vertretungskraft auszufüllen und seitens der zu vertretenden Tagespflegeperson mit Unterschrift zu bestätigen.
* Meine Teilnahme am Vertretungsmodellerfolgt auf unbestimmte Zeit. Ich werde den Fachdienst umgehend schriftlich informieren, wenn ich nicht mehr wie umseitig angezeigt vertreten werde.
* Ich werde die aufgrund der aktuell grassierenden Corona-Pandemie geltenden Hygienevorschriften beachten und umsetzen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift