

*Bitte Absender eintragen:*

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

🖂 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

🕿 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🖳 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Landkreis Kassel

Fachdienst Kindertagespflege

Wilhelmshöher Allee 19 – 21

34117 Kassel

\_

**Modell „+ Tagesmutter 2.0**“

Rückmeldung für die Monate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Bitte vollständigen Namen der teilnehmenden Tagespflegepersonen eintragen:*

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |

Wir haben uns an den folgenden Tagen getroffen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Monat** |  |  |  |
| **Datum**  **Uhrzeit (von/bis)** |  |  |  |
| **Datum**  **Uhrzeit (von/bis)** |  |  |  |
| **Datum**  **Uhrzeit (von/bis)** |  |  |  |
| **Datum**  **Uhrzeit (von/bis)** |  |  |  |
| **Datum**  **Uhrzeit (von/bis)** |  |  |  |

Bemerkungen:

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

In Ausfallzeiten einer Tagespflegeperson wurden folgende Tageskinder von der kooperierenden Tagespflegeperson aufgenommen:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tageskind** | **vertragliche Tagespflegeperson** | **in Ausfallzeiten aufnehmende Tagespflegeperson** | **Tag / Datum / Zeitraum** | **Bemerkungen**  **(z.B. Grund)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Die laufenden Geldleistungen für die Betreuung in Ausfallzeiten müssen Sie separat beantragen. Diese Rückmeldung wird ausschließlich für die Auswertung des Modells „+ Tagesmutter 2.0“ verwendet.

Bemerkungen:

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

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

Ort und Datum Unterschrift der Tagespflegeperson zu 1.

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

Unterschrift der Tagespflegeperson zu 2.

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

Unterschrift der Tagespflegeperson zu 3.

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

Unterschrift der Tagespflegeperson zu 4.