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

 **durch spezifische Angebote Frühe Hilfen**

**C 2.1.2 Freiwillige im Kontext Früher Hilfen**

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

 **aktiven Netzwerkstrukturen möglich**

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

|  |
| --- |
| **Bestätigung der Fördervoraussetzungen:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Einbindung in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk besteht: | [ ]  |
| Projekttitel: |       |
| Projektträger: |       |
| Freier Träger: [ ]  Kommunaler Träger: [ ]  |
| Projekttitel: |       |
| Projektträger: |       |
| Freier Träger: [ ]  Kommunaler Träger: [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Eine hauptamtliche Fachbegleitung durch spezifisch geschulte Fachkräfte erfolgt | [ ]  |
| Die Familien werden alltagspraktisch begleitet und entlastet. Der Einsatz trägt zu einer Erweiterung sozialer familiärer Netzwerke bei | [ ]  |
| Es erfolgt eine Qualitätssicherung an den Schnittstellen zur professionellen Arbeit und weitergehende Hilfen **gem. Leistungsleitlinien** | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Darstellung der Einbindung der Freiwilligen bzw. der** **Fachkoordination in die Netzwerkarbeit** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Um welche Art des Einsatzes von Freiwilligen im Kontext** **Früher Hilfen handelt es sich?** |

|  |
| --- |
| Art der Maßnahme(n): |
|       |
|       |
|  |
| Konkrete(s) Ziel(e): |
|       |
|       |
|  |
| Zielgruppe(n): |
|       |
|       |

|  |
| --- |
| **Liegt für den Einsatz von Freiwilligen im Kontext Früher Hilfen** **ein Fachkonzept vor?** |

[ ]  Ja (bitte beifügen) Datum der Erstellung:

[ ]  Geplant oder in Überarbeitung (bitte Planungsstand und weiteres Vorgehen ausführen!)

|  |
| --- |
|  |

**C 2.1.2.1 Nennung der verbindlich geplanten Maßnahmen zur**

 **Qualitätssicherung für den Einsatz von Freiwilligen**

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

|  |
| --- |
|  |

**C 2.1.2.3. Konkret geplante Schulungen und Qualifizierungen von**

 **Koordinierenden und Freiwilligen**

|  |
| --- |
| Bezeichnung der Schulung / Qualifizierungsmaßnahme: |
|       |
|       |
|  |
| Konkrete(s) Ziel(e): |
|       |
|       |
|  |
| Teilnehmerkreis der Schulung / Qualifizierungsmaßnahme: |
|       |