

Einverständniserklärung

Ich, _____ ,
geboren am _____ ,
wohnhaft _____
_____ ,

erkläre meine freiwillige Teilnahme am Projekt "Frühe Hilfen – Keiner fällt durchs Netz". Ich bin vorab ausreichend über das Projekt informiert worden.

- Ich willige ein, dass beiliegender Fragebogen in ausgefüllter Form an die beim Gesundheitsamt und der Jugendhilfe meines Landkreises angesiedelten Projektkoordinatoren weitergegeben wird, damit mir weitere Möglichkeiten der Unterstützung angeboten werden können.
- Ich bin darüber hinaus mit einer Rückmeldung der Koordinierungsstelle bezüglich der Vermittlung von Unterstützung an die für mich anfragende Stelle einverstanden.

Datum

Unterschrift