

Sehr geehrte Kolleg\*innen,

danke für Ihr Interesse am 12. Hamburger Grundkurs zur Qualifizierung  
FamHebFGKiKP von November 2026 – Oktober 2027 über 10 Module.

Bitte füllen Sie die **Anmeldebögen** auf den nächsten Seiten vollständig aus und senden uns  
dieses PDF, Ihr **Motivationsschreiben**, Ihren **Lebenslauf inklusive Zeugnis** per E-Mail an  
[akademie@kinderschutzbund-hamburg.de](mailto:akademie@kinderschutzbund-hamburg.de). Den beigefügten Antrag auf Förderung des  
Grundkurses reichen Sie uns bitte ebenso ein, damit wir bereits im Vorwege die  
Möglichkeiten der finanziellen Förderung klären können.

Für Ihre Fragen stehen wir gerne unter der Telefonnummer 040 – 431 79 48 211 zur  
Verfügung.

Die Zusage zum 12. Grundkurs erfolgt nachdem der Prüfvorgang mit der Sozialbehörde  
abgeschlossen ist.

Wir freuen uns über Ihr Interesse!

Stephanie Ganske

Diplom Sozialpädagogin, Systemische Familientherapeutin, Schwerpunkt: Frühe Hilfen

## Verbindliche Anmeldung

- ☐ ich melde mich verbindlich an – die Kosten werden voraussichtlich von meinem Arbeitgeber übernommen – Rechnungsanschrift und Ansprechpartner s.u.
- ☐ ich melde mich verbindlich an und die Rechnung lautet auf meinen Namen

## Angaben zur Person

Ich bin qualifiziert als:

- ☐ Hebamme                      ☐ Kinderkrankenpfleger\*in                      ☐ Krankenpfleger\*in
- ☐ Sozialpädagoge\*in                      ☐ Erzieher\*in
- ☐ andere Qualifikation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Teilnehmer\*in)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich

\_\_\_\_\_  
Mobilnummer

\_\_\_\_\_  
eMail

\_\_\_\_\_  
Aktuelle Tätigkeit

\_\_\_\_\_  
in Bundesland

\_\_\_\_\_  
Träger

\_\_\_\_\_  
Einrichtung

**\*Angaben zum Rechnungsempfänger** (wenn abweichend von Teilnehmer\*in)

---

Firma

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ

Ort

---

Telefon

Email

Ich fülle dieses Formular freiwillig aus und habe zukünftig das Recht, meinen erhobenen Daten zu widersprechen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die AGBs und die Datenschutzerklärung des Kinderschutzbundes (siehe Website) an.

---

Datum, Unterschrift

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Übernahme personenbezogener Daten (siehe §8 AGB) an die Sozialbehörde

---

Datum, Unterschrift

Ich erteile der Akademie für Kinderrechte und Kinderschutz meine Einwilligung mich per E-Mail zu kontaktieren:

---

E-Mail

## Antrag auf finanzielle Unterstützung

für die Qualifizierung zur Familienhebamme/Familien-Gesundheits-  
Kinderkrankenpflegerin | 12. Hamburger Grundkurs 2026–2027

Vorname, Name			
Anschrift			
Telefonnr.		E-Mail	

### Tätigkeit im Kontext Früher Hilfen

(bitte 1 Feld ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Ich bin bereits seit _____ im Familienteam _____ als Hebamme/ Gesundheits-Kinderkrankenpflegerin tätig.
<input type="checkbox"/>	Ich werde ab dem _____ im Familienteam _____ als Hebamme/Gesundheits-Kinderkrankenpflegerin tätig sein. <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	Ich arbeite seit bzw. ab dem _____ im Bereich der Frühen Hilfen, und zwar: beim bezirklichen Gesundheitsamt in der Mütterberatung / in einer Einrichtung für Geflüchtete / bei einem SHA-Angebot der Frühen Hilfen / in der sozialmedizinischen Nachsorge / als freiberufliche Hebamme als verbindliche Kooperationspartnerin des Familienteams _____ <sup>1</sup>

Hiermit beantrage ich im Rahmen der Umsetzung der Bundesstiftung Frühe Hilfen<sup>1</sup> einen Zuschuss der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH) bzw. Freie Hansestadt Bremen (FHB) für die Teilnahme an der o.g. Qualifizierung (abzüglich meines Eigenanteils in Höhe von € 500,00).

---

<sup>1</sup> <https://www.fruehehilfen.de>

Die Abwicklung des Zuschusses erfolgt zwischen der FHH bzw. FHB und der Akademie für Kinderrechte und Kinderschutz.

Ich erkläre mich bereit, nach Beendigung der Qualifizierung mindestens zwei Jahre im Bereich der Frühen Hilfen in Hamburg bzw. Bremen tätig zu sein.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift