

Träger:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

**Landkreis Ludwigslust-Parchim  
Stabsstelle Jugendhilfe-und Sozialplanung  
Garnisonsstraße 1**

**19288 Ludwigslust**

## **Änderungsmeldung zum Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen im Sinne § 47 SGB VIII**

### **Neueinstellung**

Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

### **Personalangaben der Neueinstellung zum \_\_\_\_\_**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Berufliche Ausbildung: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Qualifikation: \_\_\_\_\_

Art der Beschäftigung: \_\_\_\_\_

Wöch. Arbeitsstunden: \_\_\_\_\_

davon Anteil mittelbare päd. Arbeit nach § 10 (5) KiföG M-V Std: \_\_\_\_\_

erweitertes polizeiliches Führungszeugnis nach §30a BZRG/ § 72a SGBVIII

Ausstellungsdatum: \_\_\_\_\_

Personalveränderungen ergaben sich durch (Bitte zutreffendes ankreuzen!):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trägerwechsel                    | <input type="checkbox"/> Erweiterung des Bedarfes |
| <input type="checkbox"/> Strukturveränderung              | <input type="checkbox"/> Umsetzung                |
| <input type="checkbox"/> Konzeptionsänderung              | <input type="checkbox"/> Sonstiges                |
| <input type="checkbox"/> Ausscheiden einer Mitarbeiter/in |   |

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Trägers

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Leiter/in der Einrichtung