



LAND BRANDENBURG

Landesamt für Soziales und Versorgung
Dezernat 43
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Antrag auf Anerkennung eines Ange- botes zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

1. Daten des Antragstellers

Name/Bezeichnung:		
Anschrift:	<small>Straße/PLZ/Ort/Kreis</small>	
Internet-,E-Mail-Adresse:	<small>Internet-Adresse, Homepage</small>	<small>E-Mail-Adresse</small>
Auskunft erteilt:	<small>Name/Tel. (Durchwahl), Fax</small>	
Name des/der Handlungs- bevollmächtigten:		

2. Daten des Angebotes zur Unterstützung im Alltag (falls abweichend von 1.)

Name/Bezeichnung:		
Anschrift:	<small>Straße/PLZ/Ort/Kreis</small>	
Internet-,E-Mail-Adresse:	<small>Internet-Adresse, Homepage</small>	<small>E-Mail-Adresse</small>
Auskunft erteilt:	<small>Name/Tel. (Durchwahl), Fax</small>	

3. Angaben zum Antragsteller

juristische Person des öffentlichen Rechts / Einrichtung zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger und kirchlicher Zwecke mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern

und/oder

juristische Person des öffentlichen Rechts / Einrichtung zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger und kirchlicher Zwecke mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

gewerbsmäßig tätiger Anbieter mit sozialversicherungspflichtig Beschäftigten

4. Zielgruppe

- körperlich pflegebedürftige Menschen
- Menschen mit geistigen Behinderungen
- Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen
- Menschen mit psychischen Erkrankungen
- pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende
(hier sind nur gezielte und regelmäßige Angebote für Pflegepersonen gemeint!)

Mehrfachnennungen sind möglich!

Altersgruppe:

- Erwachsene und/ oder Kinder/ Jugendliche

5. Leistungsform

- Angebote zur stundenweisen Betreuung von Anspruchsberechtigten im häuslichen Bereich,
- Angebote zur stundenweisen Unterstützung von Anspruchsberechtigten im häuslichen Bereich bei der Bewältigung von allgemeinen und pflegebedingten Anforderungen des Alltags, zum Beispiel bei der hauswirtschaftlichen Versorgung,
- Betreuungsgruppen,
- Freizeit-, Kultur- und Sportangebote mit und/oder ohne pflegende Angehörige oder vergleichbar Nahestehende/n,
- Unterstützung bei der Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen
- psychosoziale Begleitung der pflegenden Angehörigen oder anderer nahestehender Pflegepersonen
- _____

In welchem Landkreis/ welcher kreisfreien Stadt sollen die Leistungsangebote erbracht werden?
(Mehrfachnennungen sind möglich!)

6. Einbindung in regionale Pflegestrukturen

Ist das Angebot darauf ausgerichtet, seine Leistungen als Teil einer regionalen Versorgungsstruktur zu erbringen und besteht die Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikation mit anderen regionalen Pflegeakteuren?

- ja

7. Angaben zur Qualitätssicherung

7.1. Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit des Angebotes

Die Leistungen werden angeboten

monatlich wöchentlich täglich

in der Zeit von _____ bis _____ oder

Eine Vertretung der Helfenden (z.B. im Fall von Krankheit) kann im Rahmen des Angebotes sichergestellt werden:

ja

7.2. Konzept des Leistungsangebotes

Bitte als Anlage beifügen.

Die Fachstelle „Altern und Pflege im Quartier“ unterstützt Sie bei Bedarf bei der Erarbeitung (www.fapiq-brandenburg.de).

7.3. Angaben zur fachlichen Begleitung und Unterstützung der Helfenden durch eine Fachkraft

Daten der Fachkraft / der Fachkräfte

Name, Vorname:

Geburtsname:

Qualifikation:

(Nachweis als Anlage beifügen)

Name, Vorname:

Geburtsname:

Qualifikation:

(Nachweis als Anlage beifügen)

7.4. Angaben zu den Helfenden (ehrenamtlich Tätige und/oder sozialversicherungspflichtig Beschäftigte)

Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter zum Zeitpunkt der Antragstellung (für Einsatz im Angebot) _____

Anzahl der ehrenamtlichen Helfer/innen zum Zeitpunkt der Antragstellung (für Einsatz im Angebot) _____

Schulung der Helfenden:

Nachweise über Schulung vorhanden (*bitte als Anlage beifügen*).

Anmeldung zur Teilnahme an einer Schulung liegt vor.

Schulungsanbieter _____

Schulungsnachweise werden bis zum _____ nachgereicht.

8. Versicherungsschutz

Nachweise über den Versicherungsschutz gegen Sach- und Personenschäden, welche die Helfenden im Rahmen ihrer Tätigkeit verursachen oder erleiden können (Haftpflicht- und Unfallversicherung)

sind beigefügt.

9. Preis des Angebotes

Alltagsbegleitung in der Häuslichkeit: €/ Stunde
Betreuungsgruppe: €/ Stunde
Freizeit-, Kultur- und Sportangebote mit und/oder ohne pflegende Angehörige oder vergleichbar Nahestehende, €/ Stunde
Unterstützung bei der Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen €/ Stunde
Begleitung und Unterstützung pflegender Angehöriger bei der Organisation und Bewältigung des Pflegealltags €/ Stunde

10. Erklärungen

Der Antragsteller verpflichtet sich,

- dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus jährlich bis zum 31. März einen standardisierten Statistikbogen ausgefüllt für das vergangene Jahr zur Verfügung zu stellen.
- dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus jederzeit die erbetenen Auskünfte im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Anerkennung und Aufrechterhaltung zu erteilen.
- dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus alle Änderungen im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Anerkennung und Aufrechterhaltung mitzuteilen.
- dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus die Qualifizierungsnachweise der neu gewonnenen Helfenden zu übersenden.
- dass sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter zu den geltenden gesetzlichen Bedingungen beschäftigt werden

11. beigefügte Anlagen

- Inhaltliches Konzept des Angebotes zur Unterstützung im Alltag
- Konzept der vorbereitenden Schulung
- Qualifizierungsnachweis(e) der anleitenden Fachkraft
- Qualifizierungsnachweis(e) der Helfenden (Ehrenamtliche und/oder sozialversicherungspflichtige Beschäftigte)
- Haftpflichtversicherungsnachweis
- Unfallversicherungsnachweis (hier genügt die Kopie der letzten Meldung an die Berufsgenossenschaft)
- Vereinsregisterauszug/ Handelsregisterauszug/ Gewerbeanmeldung/ Satzung bzw. Gesellschaftervertrag (nicht Zutreffendes bitte streichen)
- ggf. Nachweis der Gemeinnützigkeit
- Sonstige: _____

- Der Antragsteller erklärt sich mit einer Veröffentlichung seiner Kontaktdaten in der Übersicht der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag einverstanden.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____