Sozialagentur Sachsen-Anhalt

Geschäftsbereich 5

Magdeburger Str. 38

06112 Halle (Saale)

### Antrag

auf Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag nach §§ 45 a bis 45 d SGB XI i. V. m. der Pflege - Betreuungs - Verordnung des Landes Sachsen-Anhalt (PflBetrVO LSA) vom 13.02.2017

(Hinweise: Der Vordruck ist nicht zu ändern, vollständig auszufüllen, nichtzutreffendes zu streichen)

# Anerkennung eines

**Betreuungsangebotes oder**

**kombinierten Betreuungs- und Entlastungsangebotes:**

**a)** Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen

(für die Betroffenen)

**b)** Angebote mit hauswirtschaftlichem Schwerpunkt (mit den Betroffenen) **oder**

**Entlastungsangebotes (reines Dienstleistungsunternehmen)**

**gemäß § 8 PflBetrVO**

# 1. Antragsteller/in

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Bezeichnung des Vorhabens: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beginn des Vorhabens: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behördliches Führungszeugnis der/des Antragsteller/in/s (**Belegart 0; in Worten: Null / nach § 30 Abs. 5 BZRG**):

* beantragt
* wird vor Projektbeginn eingereicht

**2. Anerkennungsvoraussetzungen / erforderliche Unterlagen** (siehe auch Merkblatt)

Konzept inklusive Leistungsbeschreibung

Nachweise über die Qualifikation der anleitenden Fachkraft sowie der leistungserbringenden Personen

Nachweis über Versicherungsschutz (Betriebshaftpflichtversicherung, aus welcher die Versicherung der ehrenamtlichen Helfer sowie der sv-pflichtig Beschäftigten ersichtlich ist)

sowie ggf.

Nachweis über Einhaltung des Mindestlohngesetzes bei sozialversicherungspflichtig beschäftigten Personen.

Auszug aus dem Vereins- / Handelsregister und

behördliches Führungszeugnis der Unterschriftsberechtigten

Satzung / GmbH Vertrag / GbR Vertrag

Vollmacht für den Unterzeichner (falls abweichend vom Vereinsregister- / Handelsregis-

terauszug) und

behördliches Führungszeugnis der Vertretungsbefugten

Mietvertrag / Eigentumsnachweis

Leistungsarten (nur das Zutreffende ankreuzen)

*Betreuung*sgruppen für pflegebedürftige Menschen

Helferinnen und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im

häuslichen Bereich

Tages*betreuung* in Kleingruppen (z. B. Kino- und Theaterbesuche, Bowling etc.)

Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer

Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürf-

tige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Personen

Familienentlastende Dienste

Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter

Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter (Nachweis der Vernetzung mit Hilfsangeboten)

Angebote mit hauswirtschaftlichem Schwerpunkt / Unterstützungsangebote- Arbeiten mit den betroffenen Personen

Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen- Arbeiten für die betroffenen Personen

entsprechende Angebote zur Unterstützung im Alltag, die der in § 3 Absatz 1 PflBetrVO

genannten Zielstellung gerecht werden (inkl. Erläuterung)

Betreuungsgruppen für pflegebedürftige Personen und / oder Tagesbetreuung in Kleingruppen

ja  nein

Räumliche Voraussetzungen sind vorhanden.

Aus dem vorzulegendem Mietvertrag / Grundbuchauszug sind die Lage, Größe (m²,

Grundriss), Art der Räumlichkeiten, Sanitäreinrichtungen ersichtlich.

Anzahl der parallel bestehenden Betreuungsgruppen :

Anzahl der zu Betreuenden gesamt :

Anzahl der leistungserbringenden Personen gesamt :

Anzahl der leistungserbringenden Personen zur Anzahl der betreuten Personen pro

Gruppe :

**Fachkraft**

**Hinweis: Zur Antragsstellung benötigen Sie mindestens zwei Fachkräfte**

Die fachliche Anleitung, kontinuierliche Begleitung und Unterstützung der Betreuungspersonen erfolgt durch \_\_\_\_ Fachkraft / Fachkräfte (Personen, die die Voraussetzungen des § 6 der Heimpersonalverordnung erfüllen) mit einer Ausbildung als z. B.

Altenpfleger / in  Sozialarbeiter / in

Gesundheits- und Krankenpfleger / in  Erzieher / in

Heilerziehungspfleger / in  Diplom-Pädagoge / Pädagogin

Sozialpädagogin und -pädagogen  Ergotherapeut / in

Heilpädagogin und -pädagogen  Musiktherapeut / in

Namentliche Nennung der ersten Fachkraft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Einsatz erfolgt ehrenamtlich  ja  nein (Nachweis Einhaltung Mindestlohn)

Die Abwesenheits- und Krankheitsvertretung der Fachkraft erfolgt durch:

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

Einsatz erfolgt ehrenamtlich  ja  nein (Nachweis Einhaltung Mindestlohn)

Fachkraftnachweise sind beizufügen.

Bei *Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen* können auch Hauswirtschaftsfachkräfte oder Familienpflegerinnen und Familienpfleger als Fachkräfte die Anleitung und Begleitung übernehmen. Hauswirtschaftsfachkräfte sind Personen, die in einer erfolgreich abgeschlossenen dreijährigen Ausbildung oder einem Studium die erforderlichen Fähigkeiten und Erkenntnisse erworben haben, um die hauswirtschaftliche Versorgung der Nutzerinnen und Nutzer zu organisieren, zu planen, durchzuführen, sowie dabei durch Einhaltung der Hygieneanforderungen einen ausreichenden Schutz vor Infektionen zu gewährleisten.

**leistungserbringende Personen (nur die zutreffende Qualifikation ankreuzen)**

**Hinweis: Sobald Ihr Angebot Betreuungen beinhaltet sind mindesten zwei ehrenamtliche Helferinnen und Helfer notwendig!** (Nicht die erste Fachkraft)

Ehrenamt:

Darüber hinaus ist die Beschäftigung von \_\_\_\_ ehrenamtlichen Betreuungsperson/en vorgesehen (siehe Anlage „Liste Ehrenamt“).

Die Betreuung erfolgt durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die über eine Qualifikation nach § 6 der Heimpersonalverordnung verfügen (namentliche Nennung).

ja  nein Nachweise sind beigefügt.

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

Die Betreuung erfolgt durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die eine dreijährigen Ausbildung oder ein Studium (Hauswirtschaftsfachkräfte oder Familienpflegerinnen und Familienpfleger) erfolgreich abgeschlossenen haben (namentliche Nennung).

ja  nein Nachweise sind beigefügt.

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

Die Betreuung erfolgt durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, die mindestens eine

Basisqualifikation von 20 Stunden und eine Schwerpunktschulung von 10 Stunden erfolg-

reich absolviert haben (namentliche Nennung).

ja  nein Teilnahmenachweise mit Inhalts- und Stundenangaben sind beigefügt. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

leistungserbringende sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (namentliche Nennung / nicht die erste Fachkraft):

Darüber hinaus ist die Beschäftigung von \_\_\_\_ sozialversicherungspflichtig Beschäftigten vorgesehen.

**a)** Leistungserbringende Personen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, haben für die Erbringung der Tätigkeit (Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen / für die Betroffenen) eine erweiterte Qualifikation vorzuweisen.

Die Entlastung erfolgt durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, die über eine Qualifikation nach § 6 der Heimpersonalverordnung verfügen (namentliche Nennung).

ja  nein Nachweise sind beigefügt.

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

Die Entlastung erfolgt durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, die eine Qualifikation

von 160 Stunden in Anlehnung an die Betreuungskräfte-Richtlinie des GKV Spitzenverban-

des zu § 43 b des SGB XI erfolgreich abgeschlossen haben (namentliche Nernnung).

ja  nein Teilnahmenachweise mit Inhalts- und Stundenangaben sind beigefügt

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

*NUR bei Serviceangeboten für haushaltsnahe Dienstleistungen:* Die Entlastung erfolgt durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, die eine dreijährigen Ausbildung oder ein Studium (Hauswirtschaftsfachkräfte oder Familienpflegerinnen und Familienpfleger) erfolgreich abgeschlossenen haben (namentliche Nennung).

ja  nein Nachweise sind beigefügt.

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

**b)** Für leistungserbringende Personen, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind und

Angebote mit hauswirtschaftlichem Schwerpunkt (mit den Betroffenen) erbringen, ist eine Qualifikation mit einem Mindestumfang von 30 Stunden erforderlich (namentliche Nennung).

Die Betreuung erfolgt durch sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, die eine Basisqualifi-

kation von 20 Stunden und eine Schwerpunktschulung von 10 Stunden erfolgreich absolviert

haben.

ja  nein Teilnahmenachweise mit Inhalts- und Stundenangaben sind beigefügt.

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

Leistungserbringende Personen besuchen regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen

(jährlich mind. 8 Stunden)

ja  nein Teilnahmenachweis mit Inhalts- und Stundenangaben sind beigefügt

bzw. spätestens mit dem Jahresbericht einzureichen.

**Versicherungsschutz (Betriebshaftpflicht)**

Nachweis ist beigefügt.

**Einhaltung des Mindestlohngesetzes bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten**

Nachweis ist beigefügt.

**3. Höhe des geforderten Entgeltes pro Stunde (lt. § 4 (4) PflBetrVO)**

Einzelstunde (Betreuung maximal 25,00 €) : €

Gruppenbetreuung (maximal 15,00 €) : €

Dienstleistungen (max. 15,00 €) : €

hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen (max. 15,00 €) : €

Sonstiges (inkl. Erläuterung) : €

Fahrtkosten gem. § 9 (1) Nr. 4 EStG (keine Pauschale) : €

**4. Höhe der Aufwandsentschädigung für leistungserbringende Personen pro Stunde**

Einzelstunde : €

Gruppenbetreuung : €

Dienstleistungen : €

hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen : €

Sonstiges (inkl. Erläuterung) : €

**5. Der Antragsteller hat zu erklären,**

dass das Angebot auf Dauer ausgerichtet ist und die Leistung regelmäßig und verläss-

lich angeboten wird

dass er die vorgelegte Konzeption umsetzt

das seine Leistungen als Teil einer regionalen Versorgungsstruktur erbracht werden und

die Bereitschaft zur Kommunikation und Kooperation innerhalb eines abgestimmten und

vernetzten Versorgungssystems besteht

gemäß § 8 Abs. 6 PflBetrVO, spätestens bis zum 31.03. einen formularmäßigen Tätig-

keitsbericht für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen

sein Einverständnis zur Übermittlung und Veröffentlichung der in § 12 PflBetrVO gefor-

derten Angaben

die Verpflichtung zur Mitteilung bei Änderungen der Angaben (§ 8 Abs. 3 PflBetrVO)

dass die für ihn leistungserbringenden Personen die erforderliche persönliche und fachli-

che Eignung für die von ihnen ausgeübte Tätigkeit besitzen

Name der / des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort und Datum rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/in

Hinweis:

Nur bei Vorliegen aller Voraussetzungen sowie der notwendigen Unterlagen wird ein Anerkennungsbescheid erlassen. Eine Information über die Anerkennung als Betreuungs- / Entlastungsangebot erfolgt gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen.