

# Antrag

## auf Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag

(hier: **Einzelkraft**, die ihre Leistungen im Rahmen eines unmittelbaren Beschäftigungsverhältnisses mit einer Person nach § 2 AnFöVO erbringt)

\* = freiwillige Angabe

1. Stammdaten der Anbieterin/des Anbieters													
Name, Vorname													
Anschrift	Straße		Hausnummer										
	PLZ	Ort											
Telefon	dienstlich		Mobil*										
Fax	Fax*												
E-Mail / Internet	E-Mail-Adresse		Internet-Adresse, Homepage*										
<b>Hinweis:</b> Erfolgt die Antragstellung durch eine dritte Person (z.B. Rechtsanwältin, Koordinierungsstelle), wird eine entsprechende schriftliche Vollmacht benötigt. <i>(Nachweis beifügen)</i>													
Bevollmächtigte/r*	Name												
Angebots-ID: (falls vorhanden)	<table border="1"><tr><td>0</td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			0	8								
0	8												

2. Zuständige Behörde	
<b>Hinweis:</b> Die Zuständigkeit der Kreise oder der kreisfreien Städte richtet sich <u>nach dem Sitz der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters</u> . Wenn die Leistungsanbieterin oder der Leistungsanbieter ihren oder seinen Sitz außerhalb von Nordrhein-Westfalen hat, kann die Leistungsanbieterin oder der Leistungsanbieter entscheiden, in welchem Kreis oder welcher kreisfreien Stadt sie oder er den Antrag auf Anerkennung stellt. Diese Behörde bleibt bis zum Widerruf oder Erlöschen der Anerkennung für diese Leistungsanbieterin oder diesen Leistungsanbieter zuständig.	
Zuständiger Kreis bzw. zuständige kreisfreie Stadt	

### 3. Leistungsbeschreibung

Leistungsform	(Mehrfachangaben nur im Rahmen 3.2 bis 3.5 möglich) <input type="checkbox"/> 3.1 Betreuungsgruppe ( <b>Hinweis:</b> Betreuungsgruppe ist ein separates Angebot, daher keine Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> 3.2 Einzelbetreuung (Häuslichkeit) <input type="checkbox"/> 3.3 Entlastung von Pflegenden ( <b>Hinweis:</b> Angebot richtet sich ausdrücklich an diese Zielgruppe) <input type="checkbox"/> 3.4 Entlastung im Alltag bei der Haushaltsführung <input type="checkbox"/> 3.5 Entlastung im Alltag durch individuelle Hilfen <b>Hinweis:</b> Dieser Antrag bezieht sich jeweils nur auf die Anerkennung eines Angebots. Sofern die Antragstellerin/der Antragsteller bereits über eine Anerkennung weiterer Angebote (weitere Leistungsformen) verfügt oder die Anerkennung weiterer Angebote beantragt, kann dies unter 3.6 optional vermerkt werden. <input type="checkbox"/> 3.6 weitere Leistungsformen (optional)*
Kurzbeschreibung/Kurzbezeichnung des Angebotes (freier Text)	<b>Hinweis:</b> Der Text der <u>Kurzbeschreibung</u> wird später im Online-Verzeichnis veröffentlicht und ist von den Nutzerinnen und Nutzern einsehbar. (max. 500 Zeichen)

### 4. Verfügbarkeit

Regionale Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/> Landesweit (NRW)		
<b>oder</b> Kreis/kreisfreie Stadt	<i>Bitte ankreuzen (Mehrfachangaben möglich):</i>		
<input type="checkbox"/> Städteregion Aachen	<input type="checkbox"/> Stadt Gelsenkirchen	<input type="checkbox"/> Kreis Minden-Lübbecke	<input type="checkbox"/> Kreis Siegen-Wittgenstein
<input type="checkbox"/> Stadt Bielefeld	<input type="checkbox"/> Kreis Gütersloh	<input type="checkbox"/> Stadt Mönchengladbach	<input type="checkbox"/> Kreis Soest
<input type="checkbox"/> Stadt Bochum	<input type="checkbox"/> Stadt Hagen	<input type="checkbox"/> Stadt Mülheim a. d. Ruhr	<input type="checkbox"/> Stadt Solingen
<input type="checkbox"/> Stadt Bonn	<input type="checkbox"/> Stadt Hamm	<input type="checkbox"/> Stadt Münster	<input type="checkbox"/> Kreis Steinfurt
<input type="checkbox"/> Kreis Borken	<input type="checkbox"/> Kreis Heinsberg		<input type="checkbox"/> Kreis Unna
	<input type="checkbox"/> Kreis Herford		

<input type="checkbox"/> Stadt Bottrop	<input type="checkbox"/> Stadt Herne	<input type="checkbox"/> Oberbergischer Kreis	<input type="checkbox"/> Kreis Viersen
<input type="checkbox"/> Kreis Coesfeld	<input type="checkbox"/> Hochsauerlandkreis	<input type="checkbox"/> Stadt Oberhausen	<input type="checkbox"/> Kreis Warendorf
<input type="checkbox"/> Stadt Dortmund	<input type="checkbox"/> Kreis Höxter	<input type="checkbox"/> Kreis Olpe	<input type="checkbox"/> Kreis Wesel
<input type="checkbox"/> Stadt Duisburg	<input type="checkbox"/> Kreis Kleve	<input type="checkbox"/> Kreis Paderborn	<input type="checkbox"/> Stadt Wuppertal
<input type="checkbox"/> Kreis Düren	<input type="checkbox"/> Stadt Köln	<input type="checkbox"/> Kreis Recklinghausen	
<input type="checkbox"/> Stadt Düsseldorf	<input type="checkbox"/> Stadt Krefeld	<input type="checkbox"/> Stadt Remscheid	
<input type="checkbox"/> Ennepe-Ruhr-Kreis	<input type="checkbox"/> Stadt Leverkusen	<input type="checkbox"/> Rhein-Erft-Kreis	
<input type="checkbox"/> Stadt Essen	<input type="checkbox"/> Kreis Lippe	<input type="checkbox"/> Rheinisch-Bergischer Kreis	
<input type="checkbox"/> Kreis Euskirchen	<input type="checkbox"/> Märkischer Kreis	<input type="checkbox"/> Rhein-Kreis Neuss	
	<input type="checkbox"/> Kreis Mettmann	<input type="checkbox"/> Rhein-Sieg-Kreis	
Ggf. Erläuterungen zur regionalen Verfügbarkeit <i>(freier Text)</i>			

5. Anbieterinnen und Anbieter	
Anbietertyp	<input type="checkbox"/> Einzelkraft, die ihre Leistungen im Rahmen eines unmittelbaren Beschäftigungsverhältnisses mit einer Person nach § 2 AnFöVO erbringt

6. Zielgruppe <i>(Mehrfachangaben möglich)</i>	
<input type="checkbox"/> körperlich Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/> pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende
<input type="checkbox"/> kognitiv Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/> keine Differenzierung
<input type="checkbox"/> psychisch Pflegebedürftige	

7. Altersgruppe
<input type="checkbox"/> Erwachsene
<input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche
<input type="checkbox"/> Erwachsene und Kinder/Jugendliche

## 8. Preisdaten

a) Preis Leistung

**Hinweis:** Angebote werden nach dieser Verordnung nur anerkannt, wenn für Leistungen nach dieser Verordnung nicht mehr als 25 Euro pro Stunde von Anbieterinnen und Anbietern abgerechnet werden. (Bruttopreis)

Euro/pro Std.

Gültigkeit ab

## 9. Zusatzinformationen

Sprache\*

*(sichere Kommunikation in einer anderen Sprache)*

Eine Kommunikation ist in folgenden Sprachen sicher möglich:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11. Qualifikation

**Hinweis:** Einzelkräfte, die ihre Leistungen im Rahmen eines unmittelbaren Beschäftigungsverhältnisses mit einer Person nach § 2 AnFöVO erbringen, haben selbst **mindestens** eine der folgenden Qualifikationen nachzuweisen:

- Fachkraft
- Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (früher § 87b)
- von der zuständigen Behörde vergleichbar anerkannte Qualifikation, die mindestens dem Inhalt und Umfang einer Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden,

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller selbst eine Fachkraft?

**Nein**

**Ja**

falls ja:

Qualifikation Fachkraft: *(Nachweis beifügen)*

bitte ankreuzen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altenpflegerin oder Altenpfleger   | <input type="checkbox"/> staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Gesundheits-, Pflege- oder Sozialmanagement      |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- oder Krankenpflegerin oder Gesundheits- oder Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> staatlich anerkannter Berufsabschluss als Erzieherin oder Erzieher                              |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenschwester                       | <input type="checkbox"/> staatlich anerkannter Berufsabschluss als Sozialpädagogin oder Sozialpädagoge                   |
| <input type="checkbox"/> Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger                       | <input type="checkbox"/> staatlich anerkannter Berufsabschluss als Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger    |
| <input type="checkbox"/> staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium in Sozialer Arbeit        | <input type="checkbox"/> staatlich anerkannter Berufsabschluss als Heilpädagogin oder Heilpädagoge                       |
| <input type="checkbox"/> staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Sozialpädagogik           | <input type="checkbox"/> staatlich anerkannter Berufsabschluss als Ergo-, Physio- oder Sprachtherapeutin oder -therapeut |
| <input type="checkbox"/> staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Heilpädagogik             |  |
| <input type="checkbox"/> staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Erziehungswissenschaften  |  |
| <input type="checkbox"/> staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Psychologie               |  |
- 
- Hinweis:** Für Angebote, die ausschließlich hauswirtschaftliche Unterstützung beinhalten, können auch Familienpflegerinnen und Familienpfleger oder Hauswirtschaftsfachkräfte als Fachkräfte die Anleitung und Begleitung übernehmen.
- Familienpflegerin oder Familienpfleger
  - Hauswirtschaftsfachkraft

falls **nein**:

Welche der folgenden Alternativqualifikationen liegt vor?

- Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (früher § 87b) (*Nachweis beifügen*)
- von der zuständigen Behörde vergleichbar anerkannte Qualifikation, die mindestens dem Inhalt und Umfang einer Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (*Nachweis beifügen*)

## 12. Koordinierungsstelle

**Hinweis:** Eine Begleitung durch eine anerkannte Koordinierungsstelle ist ferner zwingend erforderlich.

- Vertrag mit einer anerkannten Koordinierungsstelle ist beigefügt. (*Nachweis beifügen*)

## 13. Erklärungen

bitte ankreuzen

### 13.1 Führungszeugnis der verantwortlichen Personen:

- Ein behördliches Führungszeugnis der Geschäftsführung oder der für die Angebotskoordination verantwortlichen Personen (Belegart O oder P)
- wird beantragt und nachgereicht.
  - ist beigefügt.

**Hinweis:** Soweit die Antragstellerin oder der Antragsteller kinder- und jugendnahe Angebote zur Unterstützung im Alltag anbieten möchte, ist der zuständigen Behörde ein erweitertes Führungszeugnis (Belegart OE) an Behörden vorzulegen. Hierfür hat die zuständige Behörde die Anbieterin oder den Anbieter schriftlich aufzufordern. Diese Aufforderung muss mit dem Antrag auf ein erweitertes Führungszeugnis vorgelegt werden.

- Es handelt sich um ein kinder- und jugendnahe Angebot zur Unterstützung im Alltag

- Die zuständige Behörde wird um schriftliche Aufforderung gebeten zur Beantragung eines erweiterten Führungszeugnisses (Belegart OE) an Behörden
- Das erforderliche erweiterte Führungszeugnis (Belegart OE) an Behörden wurde bereits beantragt und wird der zuständigen Behörde nachgereicht

### 13.2 Leistungsbeschreibung:

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller erklärt, den Empfängerinnen/Empfängern der angebotenen Leistung auf Verlangen die Leistungsbeschreibung auszuhändigen und hierüber vor Vertragsabschluss zu informieren.

### 13.3 Mitwirkungspflichten:

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass sie/er jederzeit verpflichtet ist, der zuständigen Behörde die erbetenen Auskünfte im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Anerkennung und ihrer Aufrechterhaltung zu erteilen und Änderungen in den Verhältnissen, die für die Anerkennung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Anerkennung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitteilen.

### 13.4 Dauer und Regelmäßigkeit:

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller bestätigt, dass das Angebot auf Dauer und Regelmäßigkeit angelegt ist.

### Antragsbestätigung:

Die Antragstellerin/Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben. Die Anforderungen der „Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen (Anerkennungs- und Förderungsverordnung – AnFöVO)“ werden anerkannt.

### Einverständniserklärung

Zur Aufgabenerledigung setzen die Kreise bzw. kreisfreien Städte in Absprache mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) auf der Grundlage des § 22 AnFöVO ein webbasiertes elektronisches Verfahren ein.

Zur Vereinfachung der Abläufe bei allen Beteiligten soll in diesem Verfahren künftig weitestgehend auf den Daten- und Informationsaustausch in Papierform verzichtet werden. Die Kreise bzw. kreisfreien Städte nutzen die Informationen nur für die Abwicklung ihrer fachlichen Aufgabe und für die Führung des Verzeichnisses nach § 21 AnFöVO.

Hiermit erklärt sich die Antragstellerin/der Antragsteller damit einverstanden, an dem elektronischen Verfahren zur Übermittlung und weiteren Pflege der geforderten Daten teilzunehmen. Darüber hinaus erklärt sie/ er, dass die in § 21 Abs. 3 AnFöVO genannten Daten öffentlich im Internet zur Verfügung gestellt werden. Die im System gemachten Angaben gelten als rechtsverbindlich im Sinne der Anzeige- und Auskunftspflichten nach § 16 AnFöVO.

Ort/Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift und Stempel

### 14. Nachweise

sofern erforderlich bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> 14.1 Vollmacht	<input type="checkbox"/> Vertretungsvollmacht ist beigelegt
<input type="checkbox"/> 14.2 Führungszeugnis	<input type="checkbox"/> Führungszeugnis ist beigelegt <input type="checkbox"/> liegt bereits der zuständigen Behörde vor
<input type="checkbox"/> 14.3 Qualifikation	<input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweis Fachkraft ist beigelegt <input type="checkbox"/> Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGBXI beschlossen wurden (früher § 87b) ist beigelegt <input type="checkbox"/> von der zuständigen Behörde vergleichbar anerkannte Qualifikation, die mindestens dem Inhalt und Umfang einer Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlos-

	<p>sen wurden, ist beigefügt</p> <p>Falls <b>keine</b> Fachkräfteeigenschaft:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kopie der geschlossenen Kooperationsvereinbarung ist beigefügt</li> <li><input type="checkbox"/> Erklärung der Kooperationsfachkraft, dass sie die Erfüllung der erforderlichen Aufgaben (§ 6 Abs. 2 AnFöVO) sicherstellt, die Kooperation nicht zu einer Überforderung führt und der Auftrag insoweit leistbar ist.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 14.4 Koordinierungsstelle	<input type="checkbox"/> Vertrag mit einer anerkannten Koordinierungsstelle ist beigefügt

<input type="checkbox"/> 14.5 Leistungskonzept	<p><input type="checkbox"/> Ausführliche Leistungsbeschreibung einschließlich Angaben zur Höhe der den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellenden Kosten, ist beigefügt</p> <p>Das Konzept hat mindestens folgende Angaben zu beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Name und Kontaktdaten der Anbieterin oder des Anbieters</li> <li>○ Zielgruppen und Regelmäßigkeit</li> <li>○ Qualitätssicherung des Angebots</li> <li>○ Inhalt der Leistungsangebote</li> <li>○ bei Gruppenangeboten das vorgesehene Verhältnis von betreuenden Personen zu betreuten Personen</li> <li>○ zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation der leistungserbringenden Personen und Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen</li> <li>○ angemessene Schulung und Fortbildung der leistungserbringenden Personen sowie eine Sicherstellung einer fachlichen Anleitung und kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung in ihrer Arbeit</li> <li>○ bestehende Kooperationen</li> <li>○ Abwesenheits- und Krankheitsvertretungsregelungen</li> <li>○ Regelungen zum Beschwerdemanagement und zu vorgesehene Kriseninterventionsmöglichkeiten (zum Beispiel durch Kooperation mit Pflegeberatung, kommunalen Beratungsstellen, Pflegestützpunkten, Demenzservicezentren)</li> </ul>
--	--