

Antrag

auf Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag

(hier: **Betreuungsgruppen**)
nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI

* = freiwillige Angabe

1. Stammdaten und Kontaktmöglichkeiten des Anbieters			
Name		<input type="checkbox"/> Rechtsform _____ <input type="checkbox"/> Keine Rechtsform	
Anschrift	Straße		Hausnummer
	PLZ	Ort	
Telefon	dienstlich	Mobil*	
Fax	Fax*		
E-Mail / Internet	E-Mail-Adresse		Internet-Adresse, Homepage*
	Verband*		
Name der Kontaktperson*			
Hinweis: Erfolgt die Antragstellung durch eine dritte Person (z.B. Rechtsanwältin, Koordinierungsstelle), wird eine entsprechende schriftliche Vollmacht benötigt. <i>(Nachweis beifügen)</i>			
Bevollmächtigte/r*	Name		

2. Zuständige Behörde	
<p>Hinweis: 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.</p>	
Zuständiger Kreis bzw. zuständige kreisfreie Stadt	

3. Leistungsbeschreibung

Leistungsform	<input type="checkbox"/> 3.1 Betreuungsgruppe
Kurzbeschreibung/Kurzbezeichnung des Angebotes (freier Text)	Hinweis: Der Text der <u>Kurzbeschreibung</u> wird später im Online-Verzeichnis veröffentlicht und ist von den Nutzerinnen und Nutzern einsehbar. <u>(max. 500 Zeichen)</u>

4. Stammdaten und Kontaktmöglichkeiten des Angebots zur Unterstützung im Alltag

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><td></td></tr></table>										0	8									
0	8																				
(falls abweichend von 1.)																					
Name/Bezeichnung																					
Anschrift	Straße						Hausnummer														
	PLZ			Ort																	
Telefon	dienstlich					Mobil*															
	Fax*																				
E-Mail / Internet	E-Mail-Adresse					Internet-Adresse, Homepage*															
Regionale Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/> Landesweit (NRW) oder 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 Mühlheim 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"/> Oberbergischer Kreis	<input type="checkbox"/> Kreis Unna
<input type="checkbox"/> Stadt Bottrop	<input type="checkbox"/> Kreis Herford	<input type="checkbox"/> Stadt Oberhausen	<input type="checkbox"/> Kreis Viersen
<input type="checkbox"/> Kreis Coesfeld	<input type="checkbox"/> Stadt Herne	<input type="checkbox"/> Kreis Olpe	<input type="checkbox"/> Kreis Warendorf
<input type="checkbox"/> Stadt Dortmund	<input type="checkbox"/> Hochsauerlandkreis	<input type="checkbox"/> Kreis Paderborn	<input type="checkbox"/> Kreis Wesel
<input type="checkbox"/> Stadt Duisburg	<input type="checkbox"/> Kreis Höxter	<input type="checkbox"/> Kreis Recklinghausen	<input type="checkbox"/> Stadt Wuppertal
<input type="checkbox"/> Kreis Düren	<input type="checkbox"/> Kreis Kleve	<input type="checkbox"/> Stadt Remscheid	
<input type="checkbox"/> Stadt Düsseldorf	<input type="checkbox"/> Stadt Köln	<input type="checkbox"/> Rhein-Erft-Kreis	
<input type="checkbox"/> Ennepe-Ruhr-Kreis	<input type="checkbox"/> Stadt Krefeld	<input type="checkbox"/> Rheinisch-Bergischer Kreis	
<input type="checkbox"/> Stadt Essen	<input type="checkbox"/> Stadt Leverkusen	<input type="checkbox"/> Rhein-Kreis Neuss	
<input type="checkbox"/> Kreis Euskirchen	<input type="checkbox"/> Kreis Lippe	<input type="checkbox"/> Rhein-Sieg-Kreis	
	<input type="checkbox"/> Märkischer Kreis		
	<input type="checkbox"/> Kreis Mettmann		
Ggf. Erläuterungen zur regionalen Verfügbarkeit <i>(freier Text)</i>			

5. Anbieterinnen und Anbieter	
Anbietertypen	<input type="checkbox"/> 5.1 zugelassene Pflegeeinrichtungen <input type="checkbox"/> 5.2 sonstige Anbieter mit sozialversicherungspflichtigen oder mindestens zwei geringfügig beschäftigten Arbeitnehmern <input type="checkbox"/> 5.3 Einzelkräfte, die ihre Leistungen im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit ausüben (Hinweis: Bitte gesonderten Vordruck benutzen) <input type="checkbox"/> 5.5 juristischen Personen des öffentlichen Rechts und Einrichtungen zur Förderung gemeinnütziger, mildtätiger und kirchlicher Zwecke, die ehrenamtlich tätige Personen einsetzen

6. Zielgruppe (Mehrfachangaben möglich)

- | | |
|--|---|
| <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. Zusatzinformationen

Sprache*

(sichere Kommunikation in einer anderen Sprache)

Eine Kommunikation ist in folgenden Sprachen sicher möglich:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

9. Betreuungsgruppe

Bezeichnung der Leistung

Gruppengröße / Betreuungsschlüssel

Größe (von bis)

Betreuungsschlüssel

1 : ____

Preis Leistung

Euro/pro Std. (je Person)

Gültigkeit ab:

10. Fachkraft

Ist die Antragstellerin/der Antragsteller selbst eine Fachkraft bzw. wird eine Fachkraft beschäftigt?

- Nein Ja

falls ja:

Welche Qualifikation liegt vor? (Nachweis beifügen)

bitte ankreuzen

- Altenpflegerin oder Altenpfleger
- Gesundheits- oder Krankenpflegerin oder Gesundheits- oder Krankenpfleger
- Kinderkrankenschwester oder Kinderkrankenpfleger
- Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger
- staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium in Sozialer Arbeit
- staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Sozialpädagogik
- staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Heilpädagogik
- staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Erziehungswissenschaften
- staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Psychologie
- staatlich anerkanntes, abgeschlossenes Studium Gesundheits-, Pflege- oder Sozialmanagement
- staatlich anerkannter Berufsabschluss als Erzieherin oder Erzieher
- staatlich anerkannter Berufsabschluss als Sozialpädagogin oder Sozialpädagoge
- staatlich anerkannter Berufsabschluss als Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger
- staatlich anerkannter Berufsabschluss als Heilpädagogin oder Heilpädagoge
- staatlich anerkannter Berufsabschluss als Ergo-, Physio- oder Sprachtherapeutin oder -therapeut

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
- Hauswirtschaftsfachkräfte

falls **nein:**

Sofern keine Fachkräfteeigenschaft vorliegt ist für die Anerkennung eines Angebotes in diesem Fall eine Kooperation mit einer Fachkraft erforderlich.

Die Kooperationsvereinbarung ist vorzulegen. *(Nachweis beifügen)*

Erklärung der Kooperationsfachkraft

Die Kooperationsfachkraft hat schriftlich zu erklären, 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. *(Nachweis beifügen)*

11. Berufserfahrung der Fachkraft (nur bei Betreuungsgruppen mit besonderer Ausrichtung)

Hinweis: Die begleitende Fachkraft soll für Betreuungsgruppen mit besonderer Ausrichtung eine gewisse Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren, in den letzten acht Jahren erworben haben.

- Betreuungsgruppe, insbesondere für Menschen mit Demenz (weiter mit **11.1**)
- Betreuungsgruppe, insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung (weiter mit **11.2**)
- Betreuungsgruppe, ohne besondere Ausrichtung für den o.g. Personenkreis (weiter mit **Pkt. 12.**)

11.1 Berufserfahrung der Fachkraft bei Betreuungsgruppen, insbesondere für Menschen mit Demenz

- Die Fachkraft hat gerontopsychiatrische Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren, in den letzten acht Jahren erworben. *(Nachweis beifügen)*

11.2 Berufserfahrung der Fachkraft bei Betreuungsgruppen, insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung

- Die Fachkraft hat psychiatrische oder heilpädagogische Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren, in den letzten acht Jahren erworben. *(Nachweis beifügen)*

12. Leistungserbringende Personen

Anzahl der eingesetzten Personen		
Qualifikation: <i>(Nachweis beifügen)</i>	<p>Hinweis: Bei einer abgeschlossenen Berufsausbildung im Bereich Pflege (02), die nicht den Fachkraftanforderungen entspricht, handelt es sich typischerweise um anerkannte Ausbildungen, die weniger als 3 Jahre umfassen (z.B. Assistenzberufe im Bereich Pflege).</p>	
	<p>01 Fachkraft</p> <p>02 abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege</p> <p>03 Basisqualifizierung (40 UStd.)</p> <p>04 bereits anerkannt nach HBPfVO</p>	<p>05 Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (früher § 87b)</p> <p>06 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</p>
001	Name, Vorname	Qualifikation 01 - 06:

002	Name, Vorname	Qualifikation 01 - 06:
003	Name, Vorname	Qualifikation 01 - 06:
004	Name, Vorname	Qualifikation 01 - 06:
-Bei Bedarf Namen weiterer Personen bitte als Anlage beifügen-		

13. Angaben zur Qualitätssicherung

Qualitätssicherung und Angebotstransparenz
(Nachweis erforderlich)

Zur Sicherstellung der Qualität des Angebotes, um Vertrauen in die Erfüllung und Sicherstellung der Qualitätsanforderungen zu schaffen und ihrer Optimierung zu dienen, haben die Anbieterinnen und Anbieter in einem Konzept folgende Angaben festzulegen:

- Aufgaben der Fachkraft
- Sicherstellung einer angemessenen Schulung und Fortbildung sowie einer fachlichen Anleitung und kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung der leistungserbringenden Personen in ihrer Arbeit
- Angebot und Sicherstellung von regelmäßigen Praxistreffen, Teambesprechungen sowie Supervisionsmöglichkeiten.

14. Erklärungen

bitte ankreuzen

14.1 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

14.2 Leistungsbeschreibung:

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

14.3 Zuverlässigkeit (leistungserbringende Personen):

Hinweis: Die Feststellung der persönlichen Eignung und Zuverlässigkeit der leistungserbringenden Personen liegt in der Verantwortung der Leistungsanbieterin oder des Leistungsanbieters (sofern keine Personenidentität gegeben ist). Sie sollten sich daher bei der Einstellung und in regelmäßigen Abständen ein Führungszeugnis der Belegart N (für private Zwecke) vorlegen lassen, sofern sich keine weiteren Verpflichtungen aus anderen gesetzlichen Vorschriften ergeben.

Soweit leistungserbringende Personen für kinder- und jugendnahe Angebote zur Unterstützung im Alltag eingesetzt werden, gelten erhöhte Anforderungen. Nach § 30 a des Bundeszentralregistergesetzes (BZRG) besteht hier die Möglichkeit der Beantragung eines erweiterten Führungszeugnisses (Belegart OE). Es ermöglicht die Feststellung, ob Vorstrafen wegen bestimmter Sexualdelikte an Kindern und Jugendlichen vorliegen. Ohne die Vorlage des erweiterten Führungszeugnisses ist es dem Leistungserbringer nicht möglich, auf andere Weise die Geeignetheit des Personals zu überprüfen.

Nimmt der Leistungserbringer Einsicht in ein Führungszeugnis nach § 30a Absatz 1 des Bundeszentralregistergesetzes, so speichert er nur den Umstand der Einsichtnahme, das Datum des Führungszeugnisses und die Information, ob die das Führungszeugnis betreffende Person wegen einer oben genannten Straftat rechtskräftig verurteilt worden ist. Der Leistungserbringer darf diese Daten nur verändern und nutzen, soweit dies zur Prüfung der Zuverlässigkeit einer Person erforderlich ist. Die Daten sind vor dem Zugriff Unbefugter zu schützen. Sie sind unverzüglich zu löschen, wenn im Anschluss an die Einsichtnahme keine Tätigkeit für den Leistungserbringer wahrgenommen wird. Sie sind spätestens drei Monate nach der letztmaligen Ausübung einer Tätigkeit für den Leistungserbringer zu löschen.

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller bestätigt, die Zuverlässigkeit der eingesetzten leistungserbringenden Personen sicherzustellen und fortlaufend zu überwachen. Auf die Besonderheiten im Zusammenhang mit kinder- und jugendnahen Angeboten zur Unterstützung im Alltag wurde hingewiesen. Diese werden entsprechend berücksichtigt.

14.4 Versicherungsschutz:

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller erklärt, dass eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen wurde, die Personen- und Sachschäden der ausgeübten Tätigkeiten im Rahmen der Angebote zur Unterstützung im Alltag und auch Schäden von eventuell bei der Antragstellerin/dem Antragsteller tätigen Personen mitumfasst.

Hinweis: Die Antragstellerin/der Antragsteller hat darüber hinaus ggf. sicherzustellen, dass das eingestellte Personal bei der Berufsgenossenschaft angemeldet wurde.

14.5 Doppelabrechnungen:

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller erklärt ausdrücklich, dass das im hiesigen Antrag genannte Angebot nicht auf der Grundlage der §§ 75, 125 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet wird.

14.6 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.

14.7 Dauer und Regelmäßigkeit:

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

14.8 Angemessene Räumlichkeiten:

- Die Antragstellerin/Der Antragsteller bestätigt, dass die Nutzung angemessener Räumlichkeiten (Größe, Anzahl, sanitäre Anlagen) sichergestellt 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

15. Nachweise

sofern erforderlich bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> 15.1 Vollmacht	<input type="checkbox"/> Vertretungsvollmacht ist beigelegt												
<input type="checkbox"/> 15.2 Fachkraft	<input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweis ist beigelegt												
	Falls keine Fachkräfteeigenschaft: <input type="checkbox"/> Kopie der geschlossenen Kooperationsvereinbarung ist beigelegt <input type="checkbox"/> Erklärung der <u>Kooperationsfachkraft</u> , 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.												
<input type="checkbox"/> 15.3 Berufserfahrung, der Fachkraft (gilt nur für Betreuungsgruppen mit besonderer Ausrichtung)	<input type="checkbox"/> Betreuungsgruppe, insbesondere für Menschen mit Demenz ➤ gerontopsychiatrische Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren, in den letzten acht Jahren (Nachweis ist beigelegt) <input type="checkbox"/> Betreuungsgruppe, insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung ➤ psychiatrische oder heilpädagogische Berufserfahrung von mindestens zwei Jahren, in den letzten acht Jahren (Nachweis ist beigelegt)												
<input type="checkbox"/> 15.4 leistungserbringende Person(en) (001 – 999)	Qualifikationsnachweis für <u>jede</u> leistungserbringende Person ist beigelegt: <div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><u>Anzahl:</u></div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"><input type="checkbox"/> Fachkraft</td> <td style="text-align: center; padding-left: 10px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"><input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege</td> <td style="text-align: center; padding-left: 10px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"><input type="checkbox"/> Basisqualifizierung (40 UStd.)</td> <td style="text-align: center; padding-left: 10px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"><input type="checkbox"/> bereits nach HBPfVO</td> <td style="text-align: center; padding-left: 10px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"><input type="checkbox"/> Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (früher § 87b)</td> <td style="text-align: center; padding-left: 10px;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"><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 beschlossen wurden</td> <td style="text-align: center; padding-left: 10px;">_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Fachkraft	_____	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege	_____	<input type="checkbox"/> Basisqualifizierung (40 UStd.)	_____	<input type="checkbox"/> bereits nach HBPfVO	_____	<input type="checkbox"/> Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (früher § 87b)	_____	<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 beschlossen wurden	_____
<input type="checkbox"/> Fachkraft	_____												
<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung im Bereich Pflege	_____												
<input type="checkbox"/> Basisqualifizierung (40 UStd.)	_____												
<input type="checkbox"/> bereits nach HBPfVO	_____												
<input type="checkbox"/> Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (früher § 87b)	_____												
<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 beschlossen wurden	_____												

<input type="checkbox"/> 15.5 Qualitätssicherung/ Angebotstransparenz	<input type="checkbox"/> Konzept zur Sicherstellung der Qualität des Angebotes, um Vertrauen in die Erfüllung und Sicherstellung der Qualitätsanforderungen zu schaffen, ist beigefügt Das Konzept muss folgende Angaben beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufgaben der Fachkraft ○ Sicherstellung einer angemessenen Schulung und Fortbildung sowie einer fachlichen Anleitung und kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung der leistungserbringenden Personen in ihrer Arbeit ○ Angebot und Sicherstellung von regelmäßigen Praxistreffen, Teambesprechungen sowie Supervisionsmöglichkeiten.
<input type="checkbox"/> 15.6 Führungszeugnis	<input type="checkbox"/> Führungszeugnis ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt bereits der zuständigen Behörde vor

<input type="checkbox"/> 15.7 Leistungskonzept	<input type="checkbox"/> Ausführliche Leistungsbeschreibung einschließlich Angaben zur Höhe der den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellenden Kosten, ist beigefügt Das Konzept hat mindestens folgende Angaben zu beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Name und Kontaktdaten der Anbieterin oder des Anbieters ○ Zielgruppen und Regelmäßigkeit ○ Qualitätssicherung des Angebots ○ Inhalt der Leistungsangebote ○ bei Gruppenangeboten das vorgesehene Verhältnis von betreuenden Personen zu betreuten Personen ○ zielgruppen- und tätigkeitsgerechte Qualifikation der leistungserbringenden Personen und Vorhandensein von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen ○ angemessene Schulung und Fortbildung der leistungserbringenden Personen sowie eine Sicherstellung einer fachlichen Anleitung und kontinuierlichen fachlichen Begleitung und Unterstützung in ihrer Arbeit ○ bestehende Kooperationen ○ Abwesenheits- und Krankheitsvertretungsregelungen ○ Regelungen zum Beschwerdemanagement und zu vorgesehene Kriseninterventionsmöglichkeiten (zum Beispiel durch Kooperation mit Pflegeberatung, kommunalen Beratungsstellen, Pflegestützpunkten, Demenzservicezentren)
---	---