

Antrag

auf Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag

(hier: **Einzelkräfte**, die ihre Leistungen im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit ausüben)

nach § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI

* = freiwillige Angabe

1. Stammdaten der Anbieterin/des Anbieters			
Name		<input type="checkbox"/> Rechtsform _____ <input type="checkbox"/> Keine Rechtsform	
Name/Bezeichnung des Angebots			
Anschrift	Straße		Hausnummer
	PLZ	Ort	
Telefon	dienstlich		Mobil*
Fax	Fax*		
E-Mail / Internet	E-Mail-Adresse		Internet-Adresse, Homepage*
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		
Angebots-ID: (falls vorhanden)	0	8	

2. Zuständige Behörde	
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.	
Zuständiger Kreis bzw. zuständige kreisfreie Stadt	

3. Leistungsbeschreibung

Leistungsform	<p style="text-align: right;">(Mehrfachangaben nur im Rahmen 3.2 bis 3.5 möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.1 Betreuungsgruppe (Hinweis: Betreuungsgruppe ist ein separates Angebot, daher keine Mehrfachangaben möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.2 Einzelbetreuung (Häuslichkeit)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.3 Entlastung von Pflegenden (Hinweis: Angebot richtet sich ausdrücklich an diese Zielgruppe)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.4 Entlastung im Alltag bei der Haushaltsführung</p> <p><input type="checkbox"/> 3.5 Entlastung im Alltag durch individuelle Hilfen</p> <p>Hinweis: Dieser Antrag bezieht sich jeweils nur auf die Anerkennung eines Angebots.</p>
Kurzbeschreibung/Kurzbezeichnung des Angebotes (freier Text)	<p>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></p>

4. Verfügbarkeit

Regionale Verfügbarkeit

Landesweit (NRW)

oder Kreis/kreisfreie Stadt *Bitte ankreuzen (Mehrfachangaben möglich):*

<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 Wesel	
<input type="checkbox"/> Kreis Höxter			

<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	
Anbietertypen	<input type="checkbox"/> Einzelkräfte, die ihre Leistungen im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit ausüben

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. Fahrtkosten

Preis

Hinweis: Es dürfen notwendige Fahrtkosten zusätzlich zum Angebotspreis geltend gemacht werden. Herangezogen werden können z.B. die Regelungen des § 6 Landesreisekostengesetzes (LRKG).

- Inklusiv
- ____ Euro je Einsatz (pauschal)
- ____ Euro je Kilometer

10. 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"/> _____ |

11. Qualifikation

Hinweis: Einzelkräfte, die Ihr Angebotsleistungen im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit anbieten, 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,

Qualifikation

(Nachweis beifügen)

- 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 Kinderkrankenpfleger | <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**

Hinweis: Sofern keine Fachkrafteigenschaft 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)*

12. Erklärungen

bitte ankreuzen

12.1 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 beigelegt.

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

12.2 Leistungsbeschreibung:

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

12.3 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.

12.4 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.

12.5 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.

12.6 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

13. Nachweise *sofern erforderlich bitte ankreuzen* 13.1 Vollmacht Vertretungsvollmacht ist beigefügt 13.2 Führungszeugnis Führungszeugnis ist beigefügt
 liegt bereits der zuständigen Behörde vor 13.3 Qualifikation

-
- Qualifikationsnachweis Fachkraft ist beigefügt
-
-
- Qualifizierung gemäß der Richtlinien, die auf der Grundlage des § 53c SGB XI beschlossen wurden (früher § 87b) ist beigefügt
-
-
- 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 beigefügt

Falls keine Fachkräfteeigenschaft:

-
- Kopie der geschlossenen Kooperationsvereinbarung ist beigefügt
-
-
- 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.

 13.4 Leistungskonzept Ausführliche Leistungsbeschreibung einschließlich Angaben zur Höhe der den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellenden Kosten, ist beigefügt

Das Konzept hat mindestens folgende Angaben zu beinhalten:

- 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

	<p>und Unterstützung in ihrer Arbeit</p> <ul style="list-style-type: none">○ bestehende Kooperationen○ Abwesenheits- und Krankheitsvertretungsregelungen○ Regelungen zum Beschwerdemanagement und zu vorge-sehene Kriseninterventionsmöglichkeiten (zum Beispiel durch Kooperation mit Pflegeberatung, kommunalen Beratungsstellen, Pflegestützpunkten, Demenzservicezentren)
--	---