



Antrag auf Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI

**durch eine Einzelperson im Rahmen selbständiger Tätigkeit
mit Gewinnerzielungsabsicht als Einzelunternehmen**

1. Daten des Antragstellers / der Antragstellerin		
Name/Titel:		
Anschrift:	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	
Kontaktdaten:	E-Mail-Adresse	Internet-Adresse, Homepage
Auskunft erteilt:	Name/ Telefonnummer /Faxnummer	

2. Beantragt wird die Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag nach § 45 a SGB XI mit den nachfolgenden Leistungsinhalten: (☒ Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen möglich)		
<input type="checkbox"/>	1. Einzelbetreuung	<small>(nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI)</small>
<input type="checkbox"/>	2. Entlastung von Pflegenden	<small>(nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI)</small>
<input type="checkbox"/>	3. Entlastung im Alltag	<small>(nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI)</small>

3. Regionale Verfügbarkeit des Angebots	
	Die unter Nr. 2 bezeichneten Angebote werden angeboten in der Stadt bzw. im Landkreis: _____
<input type="checkbox"/>	Detaillierte Angaben zur regionalen Verfügbarkeit der einzelnen Angebote (Außenstellen in anderen Städten oder Landkreisen / Gemeinden / Ortsteilen) und ggf. abweichende Kontaktdaten sind im Konzept benannt.

4. Zeitliche Verfügbarkeit des Angebotes <input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes bitte ankreuzen		
Die Leistungen werden dauerhaft, regelmäßig, nachhaltig und verlässlich angeboten wie folgt:		
<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich
<input type="checkbox"/> in der Zeit von _____ bis _____ Uhr oder		
<input type="checkbox"/> _____ Stunden pro Tag oder	<input type="checkbox"/> nach Bedarf	
Bei einem möglichen Ausfall wegen Urlaub oder Krankheit wird die Stellvertretung wie folgt sichergestellt:		

5. Zuverlässigkeit, persönliche und fachliche Eignung	
Ich bestätige, dass	
<input type="checkbox"/>	ich über die für das Erbringen der Leistungen und die Gewährleistung der Qualitätssicherung erforderliche Zuverlässigkeit und persönliche Eignung verfüge. Als Nachweis ist die Auskunft aus dem Gewerbezentralregister (sofern eingetragen) sowie ein erweitertes Führungszeugnis beigefügt.
<input type="checkbox"/>	ich an einer Schulung in Erster Hilfe nach der Fahrerlaubnis-Verordnung teilgenommen habe, die nicht länger als fünf Jahre zurückliegt. Als Nachweis ist die Teilnahmebescheinigung beigefügt.
<input type="checkbox"/>	ich über eine <u>einschlägige</u> berufliche Qualifikation verfüge oder an einer auf das Angebot abgestimmten Schulung nach § 2 Abs. 3 Sätze 1 bis 4 der Anerkennungsverordnung teilgenommen habe. Als Nachweis ist die Berufsurkunde, das Abschlusszeugnis oder die Teilnahmebescheinigung beigefügt.

6. Fachliche Anleitung und Unterstützung	
<input type="checkbox"/>	Ich bin selbst Fachkraft.
<input type="checkbox"/>	Für meine fachliche Anleitung und Unterstützung stehen folgende Fachkräfte zur Verfügung:
<u>Anzahl</u>	<u>Qualifikation</u>
<input type="checkbox"/>	Es wird bestätigt, dass diese Personen den Nachweis über ihre Qualifikation als Fachkraft (§ 2 Abs. 4 der Anerkennungsverordnung) und den Nachweis über die Teilnahme an einer Schulung in Erster Hilfe vorgelegt haben.

7. Haftpflichtversicherung	
<input type="checkbox"/>	Ich bin zur Deckung von Haftpflichtschäden, die durch meinen Einsatz im Rahmen des Angebots entstehen können, hinreichend versichert. Als Nachweis ist der Versicherungsschein beigefügt.

8. Konzept des Angebots	
<input type="checkbox"/>	Das Konzept ist als Anlage beigefügt.

9. Vergütung der angebotenen Leistungen			
1.	<input type="checkbox"/>	Einzelbetreuung	€ pro Stunde
2.	<input type="checkbox"/>	Entlastung von Pflegenden	€ pro Stunde
3.		Entlastung im Alltag	
3.1	<input type="checkbox"/>	Entlastung im Alltag durch individuelle Hilfen	€ pro Stunde
3.2	<input type="checkbox"/>	Entlastung im Alltag bei der Haushaltsführung	€ pro Stunde
4.	<input type="checkbox"/>	Fahrtkostenpauschale (An- und Abfahrt)	€ je Einsatz
5.	<input type="checkbox"/>	Eine detaillierte Preisinformation ist dem Konzept zu entnehmen.	

10. Erklärungen (<input checked="" type="checkbox"/> Bitte zur Kenntnis nehmen und ankreuzen)	
a)	<input type="checkbox"/> Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verpflichtung besteht,
	dem Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie unverzüglich mitzuteilen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • das Konzept geändert werden soll (z. B. Leistungen neu angeboten werden oder entfallen), • eine andere Vergütung verlangt werden soll oder • Anerkennungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden.
	auf Verlangen des Nds. Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie jederzeit Auskünfte über die anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag zu erteilen und nachzuweisen, dass die Voraussetzungen der Anerkennung weiterhin erfüllt werden.
	mich in den meinen Einsatzbereich betreffenden Themengebieten so fortzubilden, dass eine sichere und wirksame Leistungserbringung gewährleistet ist.
	jeweils spätestens nach fünf Jahren ab der Ausstellung des Führungszeugnisses ein neues erweitertes Führungszeugnis vorzulegen.
	jeweils spätestens nach fünf Jahren den Nachweis einer Wiederholung / erneuten Schulung in Erster Hilfe vorzulegen.
b)	Die Antragstellerin oder der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie die nachstehend genannten Daten zur Veröffentlichung an die Landesverbände der Pflegekassen weiterleitet: <ul style="list-style-type: none"> • Stammdaten und Kontaktmöglichkeiten (Ziffer 1 des Antrags und Ziffer III des Konzepts) • Regionale Verfügbarkeit (Ziffer 3 des Antrags und Ziffer III des Konzepts) • Datum der Anerkennung (laut Bescheid) • Informationen zu den angebotenen Leistungen (Ziffer 1 des Antrags und Ziffer I des Konzepts) • Zielgruppe (Ziffer II des Konzepts) • Stundensätze und Fahrtkosten (Ziffer 9 des Antrags und Ziffer IV des Konzepts) • Sprachkenntnisse (Ziffer VII des Konzepts)

11. Anlagen (☒ bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Gewerbeanmeldung (Ziffer 1 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Auszug aus dem Gewerbezentralregister (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Erweitertes Führungszeugnis (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Teilnahmebescheinigung an einer Schulung in Erster Hilfe nach der Fahrerlaubnis-Verordnung (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Berufsurkunde (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Abschlusszeugnis (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Teilnahmebescheinigung an einer auf das Angebot abgestimmten Schulung nach § 2 Abs. 3 Sätze 1 bis 4 der Anerkennungsverordnung (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Nachweise zum Versicherungsschutz (Ziffer 7 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Konzept (Ziffer 8 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	weitere Anlagen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

 Ort/Datum

 Rechtsverbindliche Unterschrift / ggf. Stempel

Anlage: Konzept**Inhalt und Umfang der Leistungen**

I. Inhalt und Umfang der Leistungen (☒ bitte ankreuzen)	
1.	Einzelbetreuung nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI
<input type="checkbox"/>	Stundenweise Betreuung und Beaufsichtigung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit
<input type="checkbox"/>	Tageweise Betreuung und Beaufsichtigung von Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit
<input type="checkbox"/>	Freizeitgestaltung (z. B. Gespräche, Vorlesen, Musik hören, Gesellschaftsspiele, Bastelarbeiten, Unterstützung bei einem Hobby des Pflegebedürftigen, das in der eigenen Häuslichkeit ausgeübt werden kann)
<input type="checkbox"/>	Biographiarbeit und Gedächtnistraining unter pflegefachlicher Anleitung
<input type="checkbox"/>	weitere, bitte ggf. benennen:
2.	Entlastung von Pflegenden nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI
<input type="checkbox"/>	Emotionale Unterstützung bei der Bewältigung des Pflegealltags
<input type="checkbox"/>	Vermittlung von Wissen zur Bewältigung des Pflegealltags zu vermitteln und Unterstützung bei der notwendigen Kompetenzentwicklung, z. B. durch praktische Anleitung bei Pfllegetätigkeiten
<input type="checkbox"/>	Stärkung der Fähigkeiten der Pflegenden zur Selbsthilfe, z. B. durch Unterstützung bei der Inanspruchnahme bestehender Hilfsangebote
<input type="checkbox"/>	Anregung der Pflegenden zur Selbstfürsorge
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Strukturierung und Organisation des Pflegealltags
<input type="checkbox"/>	weitere, bitte benennen:
3.	Entlastung im Alltag nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI
3.1	Entlastung im Alltag durch individuelle Hilfen
<input type="checkbox"/>	Begleitung zum Wocheneinkauf
<input type="checkbox"/>	Begleitung bei Fahrten zum Arzt oder anderen Terminen
<input type="checkbox"/>	Begleitung und ggf. Botengänge zu Behörden, Post, Apotheke oder Bücherei
<input type="checkbox"/>	gemeinsames Kochen mit den Pflegebedürftigen,
<input type="checkbox"/>	Hilfestellungen bei der Erledigung alltäglicher Aufgaben in der häuslichen Umgebung
<input type="checkbox"/>	Hilfe bei Behördenangelegenheiten und mit der alltäglichen Korrespondenz
<input type="checkbox"/>	Begleitung beim Besuch eines Gottesdienstes
<input type="checkbox"/>	Begleitung beim Gang zum Friedhof, dabei ggf. auch Hilfe bei der Grabpflege
<input type="checkbox"/>	Impulse und Ermutigung zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, z. B. bei einem Kaffeetrinken mit dem Freundeskreis
<input type="checkbox"/>	Organisation eines pflegebedingt notwendigen Umzuges
<input type="checkbox"/>	weitere, bitte ggf. benennen:

3.2	Entlastung im Alltag bei der Haushaltsführung
<input type="checkbox"/>	Regelmäßige Reinigungsarbeiten im Haushalt (z. B. Staubwischen, Teppichsaugen, Boden- und Fensterreinigung)
<input type="checkbox"/>	Geschirr abwaschen bzw. Befüllen und Entleeren der Geschirrspülmaschine
<input type="checkbox"/>	Wäschepflege
<input type="checkbox"/>	Blumenpflege innerhalb der Wohnung und auf dem Balkon
<input type="checkbox"/>	nicht alltäglich auftretende Anforderungen im Haushalt wie z. B. die wartungsgemäße Reinigung der Waschmaschine oder des Geschirrspülers oder die notwendige Durchführung eines „Frühjahrsputzes“
<input type="checkbox"/>	weitere, bitte ggf. benennen:

II. Zielgruppe (☒ bitte ankreuzen)	
1.	Personengruppen
<input type="checkbox"/>	Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen
<input type="checkbox"/>	Menschen mit geistigen (kognitiven) Beeinträchtigungen
<input type="checkbox"/>	Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
<input type="checkbox"/>	Pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende
<input type="checkbox"/>	alle genannten Personengruppen
2.	Altersgruppen
<input type="checkbox"/>	Erwachsene
<input type="checkbox"/>	Kinder/Jugendliche
<input type="checkbox"/>	Alle Altersgruppen

III. Regionale Verfügbarkeit der Angebote		
(Hier sind nur dann Angaben zu machen, wenn die regionale Verfügbarkeit der Angebote unterschiedlich ist, z.B. Betreuungsgruppe nur im Ortsteil „A“ und Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung nur im LK „B“)		
Angebotsart, ggf. abweichender Name des Angebots		
Regionale Verfügbarkeit des Angebots		
ggf. abweichende Kontakt- daten des Angebots	E-Mail-Adresse / Homepage	Name/Tel. (Durchwahl)

IV. Ergänzung detaillierte Preisinformation

--

V. Bestimmung der geeigneten Form der Unterstützung und der Vereinbarung der Leistungen

(z. B. Leitfaden für das Erstgespräch, Mustervertrag Anbieter – Pflegebedürftiger)

--

VI. Angaben zur Qualitätssicherung

(z. B. regelmäßige Schulung- und Fortbildung)

--

VII. Sprachkenntnisse (freiwillige Angabe) (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Deutsch	<input type="checkbox"/>	Russisch	<input type="checkbox"/>	Friesisch
<input type="checkbox"/>	Englisch	<input type="checkbox"/>	Polnisch	<input type="checkbox"/>	Dänisch
<input type="checkbox"/>	Französisch	<input type="checkbox"/>	Italienisch	<input type="checkbox"/>	Sorbisch
<input type="checkbox"/>	Türkisch	<input type="checkbox"/>	Spanisch	<input type="checkbox"/>	Arabisch
<input type="checkbox"/>	Griechisch	<input type="checkbox"/>	Platt	<input type="checkbox"/>	Farsi