



**Antrag auf Anerkennung
eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI
durch eine juristische Person oder Personengesellschaft**

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
Das Angebot erfolgt	<input type="checkbox"/> auf gewerblicher Basis als juristische Person (Die Gewerbeanmeldung ist beigelegt) <input type="checkbox"/> als Personengesellschaft <input type="checkbox"/> als sonstige juristische Person des privaten Rechts
Name der / des Handlungsbevollmächtigten: <small>Nachweis z.B. Vereinsregisterauszug</small>	

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 (nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI)
<input type="checkbox"/>	2. Betreuung in Gruppen (nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI)
<input type="checkbox"/>	3. Entlastung von Pflegenden (nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI)
<input type="checkbox"/>	4. Entlastung im Alltag (nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI)

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 Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Leistungen werden dauerhaft, regelmäßig, nachhaltig und verlässlich angeboten wie folgt:

täglich wöchentlich monatlich

in der Zeit von _____ bis _____ Uhr oder

_____ Stunden pro Tag oder
oder nach Bedarf

Bei einem möglichen Ausfall eingesetzter Kräfte wegen Urlaub oder Krankheit wird die Stellvertretung wie folgt sichergestellt:

5. Zuverlässigkeit der Anbieterin oder des Anbieters

- Es wird bestätigt, dass die für das Erbringen der Leistungen und die Gewährleistung der Qualitätssicherung erforderliche Zuverlässigkeit vorliegt.
Als Nachweis dafür ist die Auskunft aus dem Gewerbezentralregister sowie ein Führungszeugnis für die Handlungsbevollmächtigte / den Handlungsbevollmächtigten beigelegt (z. B. InhaberIn, GeschäftsführerIn).

6. Die Leistungen werden erbracht durch

- ehrenamtliche Kräfte* und / oder
 geringfügig oder sozialversicherungspflichtig beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Angaben zu Anzahl und Qualifikation der eingesetzten Kräfte sind dem Konzept zu entnehmen.

*Hinweis: Eine ehrenamtliche Tätigkeit liegt **nicht** vor, wenn sie als Teil der Haupttätigkeit (arbeitsvertraglich geregelte Beschäftigung für den Anbieter des Angebotes) anzusehen ist. Dies ist auch bei formaler Trennung von haupt- und ehrenamtlicher Tätigkeit für denselben Arbeitgeber anzunehmen, wenn beide Tätigkeiten gleichartig sind und die ehrenamtliche Tätigkeit unter ähnlichen organisatorischen Bedingungen wie die Haupttätigkeit ausgeübt wird oder eine faktische oder rechtlich obliegende Nebenpflicht erfüllt wird.

7. Persönliche und fachliche Eignung der eingesetzten Kräfte

Es wird bestätigt, dass

- die eingesetzten Kräfte ihre persönliche Eignung durch Vorlage eines einwandfreien qualifizierten Führungszeugnisses nachgewiesen haben.
- sonstige Erkenntnisse über Zweifel an der persönlichen Eignung der eingesetzten Kräfte nicht vorliegen.
- die eingesetzten Kräfte den Nachweis der Teilnahme an einer Schulung in Erster Hilfe nach der Fahrerlaubnis-Verordnung vorgelegt haben, die nicht länger als fünf Jahre zurückliegt.

<input type="checkbox"/>	die eingesetzten Kräfte den Nachweis einer <u>einschlägigen</u> beruflichen Qualifikation oder der Teilnahme einer auf das Angebot abgestimmten Schulung nach § 2 Abs. 3 Sätze 1 bis 4 der Anerkennungsverordnung vorgelegt haben.
<input type="checkbox"/>	eingesetzte geringfügig oder sozialversicherungspflichtig beschäftigte Kräfte mindestens den ihrer Tätigkeit entsprechenden branchenüblichen Mindestlohn erhalten oder, wenn es einen solchen Lohn nicht gibt, mindestens den gesetzlichen Mindestlohn. Als Nachweis beigefügt ist der für die Anbieterin oder den Anbieter geltende Tarifvertrag oder Musterarbeitsverträge.

8. Fachliche Anleitung und Unterstützung der eingesetzten Kräfte

Für die fachliche Anleitung und Unterstützung der eingesetzten Kräfte stehen folgende Fachkräfte zur Verfügung:

Anzahl	Qualifikation
<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.

9. Haftpflichtversicherung

<input type="checkbox"/>	Die Personen nach Nr. 7 und 8 sind zur Deckung von Haftpflichtschäden, die durch ihren Einsatz im Rahmen des Angebots entstehen können, hinreichend versichert. Als Nachweis ist der Versicherungsschein beigefügt.
--------------------------	---

10. Konzept des Angebots

<input type="checkbox"/>	Das Konzept ist als Anlage beigefügt.
--------------------------	---------------------------------------

11. Räumlichkeiten für die Betreuung in Gruppen

<input type="checkbox"/>	Für die Betreuung in Gruppen stehen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung. Detaillierte Angaben sind dem Konzept zu entnehmen.
--------------------------	---

12. Vergütung der angebotenen Leistungen

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

13. Erklärungen (☒ bitte ankreuzen)	
a)	Die Antragstellerin oder der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass die Verpflichtung besteht,
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	die eingesetzten Kräfte in den ihren Einsatzbereich betreffenden Themengebieten so fortzubilden, dass eine sichere und wirksame Leistungserbringung gewährleistet ist.
<input type="checkbox"/>	sich jeweils spätestens nach fünf Jahren ab der Ausstellung des Führungszeugnisses für die eingesetzten Kräfte ein neues erweitertes Führungszeugnis vorlegen zu lassen und sich darüber zu vergewissern, dass die eingesetzte Person auch weiterhin persönlich geeignet ist.
<input type="checkbox"/>	sich jeweils spätestens nach fünf Jahren von den Einsatzkräften den Nachweis einer Wiederholung / erneuten Schulung in Erster Hilfe vorlegen zu lassen.
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 12 des Antrags und Ziffer IV des Konzepts) • Sprachkenntnisse (Ziffer IX des Konzepts)

14. Anlagen (☒ bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/>	Vereinsregisterauszug, Handelsregisterauszug, Satzung bzw. Gesellschaftervertrag
<input type="checkbox"/>	Gewerbeanmeldung (Ziffer 1 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Auszug aus dem Gewerbezentralregister (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Erweitertes Führungszeugnis der oder des Handlungsbevollmächtigten (Ziffer 5 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Tarifvertrag / Musterarbeitsverträge (Ziffer 7 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Nachweise zum Versicherungsschutz (Ziffer 9 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	Konzept (Ziffer 10 des Antrags)
<input type="checkbox"/>	weitere Anlagen bitte ggf. 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"/>	Biographiearbeit und Gedächtnistraining unter pflegfachlicher Anleitung
<input type="checkbox"/>	weitere, bitte ggf. benennen:
2.	Gruppenbetreuung nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI
<input type="checkbox"/>	Gesellschaftsspiele
<input type="checkbox"/>	Bastelarbeiten
<input type="checkbox"/>	gemeinsames Singen
<input type="checkbox"/>	Tanzveranstaltungen
<input type="checkbox"/>	Sitzgymnastik
<input type="checkbox"/>	Biographiearbeit und Gedächtnistraining unter pflegfachlicher Anleitung
<input type="checkbox"/>	weitere, bitte ggf. benennen:
3.	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 Pflegetätigkeiten
<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:
4.	Entlastung im Alltag nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI
4.1	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:
4.2	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"/>	Blumpflanze 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. Anzahl und Qualifikation der eingesetzten Kräfte

<u>Anzahl</u>	<u>Qualifikation</u>

V. Beschreibung der Räumlichkeiten für die Betreuung in Gruppen

(Adresse und Angaben zu Lage, Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Altersgerechtigkeit, Barrierefreiheit, Grundriss, Ausstattung, Tageslichteinfall, Belüftungsmöglichkeiten, sanitäre Einrichtungen)

VI. Ergänzung detaillierte Preisinformation

--

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

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

VIII. Angaben zur Qualitätssicherung

(z. B. regelmäßige Schulung- und Fortbildung der eingesetzten Kräfte)

IX. Sprachkenntnisse der eingesetzten Kräfte (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