



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

**durch eine Einzelperson im Rahmen ehrenamtlicher Tätigkeit  
als Nachbarschaftshelferin oder Nachbarschaftshelfer**

1. Daten des Antragstellers / der Antragstellerin			
Name/Titel:			
Geburtsdatum:	Bitte beachten: Mindestalter 16 Jahre!		
Anschrift:	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort		
Kontaktdaten:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">E-Mail-Adresse</td> <td style="padding: 2px;">Internet-Adresse, Homepage</td> </tr> </table>	E-Mail-Adresse	Internet-Adresse, Homepage
E-Mail-Adresse	Internet-Adresse, Homepage		
Auskunft erteilt:	Name/ Telefonnummer /Faxnummer		
Widerspruch gegen die Veröffentlichung der Kontaktdaten	( <input checked="" type="checkbox"/> Sofern zutreffend, bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Ich möchte nicht, dass meine Kontaktdaten in die Internetauftritte der Pflegekassen übernommen werden und widerspreche daher hiermit ausdrücklich der Veröffentlichung.		

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

3. Regionale Verfügbarkeit des Angebots (z.B. Landkreis bzw. Stadt)	
	Die unter Nr. 2 bezeichneten Angebote werden angeboten in der Stadt, ggf. Ortsteil bzw. im Landkreis, ggf. Gemeinde:

4. Zeitliche Verfügbarkeit des Angebots ( <input checked="" type="checkbox"/> 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 ( <input checked="" type="checkbox"/> bitte ankreuzen)	
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 ein <b>erweitertes Führungszeugnis</b> beigefügt.
<input type="checkbox"/>	ich an einer Schulung in <b>Erster Hilfe</b> nach der Fahrerlaubnis-Verordnung teilgenommen habe, die nicht länger als fünf Jahre zurückliegt. Als Nachweis ist die <b>Teilnahmebescheinigung</b> beigefügt.
<input type="checkbox"/>	ich an einer auf das Angebot abgestimmten Schulung nach § 2 Abs. 3 Sätze 1 bis 4 der Anerkennungsverordnung <u>oder</u> an einem auf das Angebot abgestimmten <b>Pflegekurs nach § 45 SGB XI</b> teilgenommen habe <u>oder</u> über eine einschlägige <b>berufliche Qualifikation</b> verfüge. Als Nachweis ist das Abschlusszeugnis <u>oder</u> die Teilnahmebescheinigung <u>oder</u> die Berufsurkunde beigefügt.

6. Aufwandsentschädigung (maximal 10,55 € pro Std.)			
1.	<input type="checkbox"/>	Einzelbetreuung	€ pro Stunde (max. 10,55 €)
2.	<input type="checkbox"/>	Entlastung von Pflegenden ( <b>nur als Fachkraft möglich</b> )	€ pro Stunde (max. 10,55 €)
3.		Entlastung im Alltag	
3.1	<input type="checkbox"/>	- durch individuelle Hilfen	€ pro Stunde (max. 10,55 €)
3.2	<input type="checkbox"/>	- bei der Haushaltsführung	€ pro Stunde (max. 10,55 €)

7. Erklärungen (☒ bitte ankreuzen)	
a)	Ich nehme zur Kenntnis, dass die Verpflichtung besteht,
<input type="checkbox"/>	dem Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie <b>unverzüglich</b> mitzuteilen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine andere Aufwandsentschädigung verlangt werden soll oder</li> <li>• Anerkennungs Voraussetzungen nicht mehr erfüllt werden.</li> </ul>
<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"/>	im Abstand von jeweils zwei Jahren nach Absolvierung des auf das Angebot abgestimmten Pflegekurses an einem Aufbaukurs teilzunehmen, wenn ich <b>nicht</b> über eine einschlägige berufliche Qualifikation verfüge oder an einer auf das Angebot abgestimmten Schulung nach § 2 Abs. 3 Sätze 1 bis 4 der Anerkennungsverordnung teilgenommen habe.
<input type="checkbox"/>	jeweils spätestens nach fünf Jahren ab der Ausstellung des Führungszeugnisses ein neues erweitertes Führungszeugnis vorzulegen.
<input type="checkbox"/>	jeweils spätestens nach fünf Jahren den Nachweis einer Wiederholung / erneuten Schulung in Erster Hilfe vorzulegen.
b)	Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Leistungen nicht für Personen anbieten darf, die mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind.
c)	Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie die nachstehend genannten Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiterleitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stammdaten und Kontaktmöglichkeiten (Ziffer 1 des Antrags)</li> <li>• Regionale Verfügbarkeit (Ziffer 3 des Antrags)</li> <li>• Datum der Anerkennung (laut Bescheid)</li> <li>• Informationen zu den angebotenen Leistungen (Ziffer 1 des Antrags und Ziffer I der Anlage)</li> <li>• Zielgruppe (Ziffer II der Anlage)</li> <li>• Aufwandsentschädigung (Ziffer 6 des Antrags)</li> <li>• Sprachkenntnisse (Ziffer VII des Konzepts)</li> </ul>

8. Anlagen (☒ bitte ankreuzen)	
<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"/>	Teilnahmebescheinigung an einem auf das Angebot abgestimmten Pflegekurs nach § 45 SGB XI
<input type="checkbox"/>	weitere Anlagen, bitte benennen:
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Ort/Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift / ggf. Stempel

**Anlage: Daten zur Veröffentlichung****Inhalt und Umfang der beantragten Leistungsinhalte (siehe Seite 1 Nr. 2)**

I. Inhalt und Umfang der Leistungen (☒ bitte ankreuzen)	
<b>1.</b>	<b>Einzelbetreuung nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI</b>
<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 pflegefachlicher Anleitung
<input type="checkbox"/>	weitere, bitte ggf. benennen:
<b>2.</b>	<b>Entlastung von Pflegenden nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XI (nur als Fachkraft möglich)</b>
<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:
<b>3.</b>	<b>Entlastung im Alltag nach § 45a Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI</b>
<b>3.1</b>	<b>Entlastung im Alltag durch individuelle Hilfen</b>
<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:

<b>3.2</b>	<b>Entlastung im Alltag bei der Haushaltsführung</b>
<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:

<b>II. Zielgruppe (☒ bitte ankreuzen)</b>	
<b>1.</b>	<b>Personengruppen</b>
<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
<b>2.</b>	<b>Altersgruppen</b>
<input type="checkbox"/>	Erwachsene
<input type="checkbox"/>	Kinder/Jugendliche
<input type="checkbox"/>	Alle Altersgruppen

<b>III. Sprachkenntnisse (freiwillige Angabe) (☒ bitte ankreuzen)</b>					
<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