



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Fachabteilung Senioren und Pflege Billstraße 80 20539 Hamburg	Antrag für die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 4 HmbPEVO ¹ i.V. mit § 45a SGB XI Az: 171.31-28-_____
---	--

1. Daten des Antragstellers

Name / Bezeichnung:		
Anschrift:	Straße/PLZ/Ort	
Telefon, Telefax Auskunft erteilt	Telefon, Telefax, Ansprechpartner	
Internet, E-Mail	Internet-Adresse, Homepage	E-Mail-Adresse

2. Stammdaten und Kontaktmöglichkeiten des Angebotes zur Unterstützung im Alltag

Name des Angebots		
Durchführungsort des Angebotes:	Straße/PLZ/Ort	
Regionale Verfügbarkeit	Stadtteil(e)	
Telefon; Auskunft erteilt	Telefon bzw. Telefax, Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin	
Internet, E-Mail	Internet-Adresse, Homepage	E-Mail-Adresse

¹ Hamburgische Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und deren Förderung sowie über die Förderung von Modellprojekten ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch – Hamburgische Pflege-Engagement Verordnung – HmbPEVO vom 31.01.2017

3. Ich beantrage die Anerkennung des folgenden Angebotes zur Unterstützung im Alltag – Leistungsform

<input type="checkbox"/>	1. Helferinnen- und Helferkreis zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen im häuslichen Bereich
<input type="checkbox"/>	2. Pflegebegleitung durch Ehrenamtliche
<input type="checkbox"/>	3. Betreuungsgruppe durch Ehrenamtliche
<input type="checkbox"/>	4. Gemeinschaftsangebot durch Ehrenamtliche
<input type="checkbox"/>	5. Gesprächsgruppe durch eine Fachkraft
<input type="checkbox"/>	6. Hilfen im Haushalt
<input type="checkbox"/>	7. familienentlastender Dienst für Kinder und Jugendliche mit Behinderung
<input type="checkbox"/>	8. anderes Angebot zur Unterstützung im Alltag (bitte beschreiben):

4. Zielgruppe des Angebotes (Mehrfachnennungen sind möglich)

Angebote für:	
Körperlich Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/>
Kognitiv Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/>
Psychisch Pflegebedürftige	<input type="checkbox"/>
Pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende	<input type="checkbox"/>
Sonstige Pflegebedürftige (bitte beschreiben)	
Altersgruppe (Erwachsene, Kinder/Jugendliche, Erwachsene und Kinder, Jugendliche)	

5. Die Leistung wird erbracht durch

<input type="checkbox"/>	Qualifizierte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer
<input type="checkbox"/>	Geschulte Hilfskräfte
<input type="checkbox"/>	Angestellte Fachkräfte

5.1 Angaben zur fachlichen Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer durch eine Fachkraft

5.1.1 Daten der Fachkraft / der Fachkräfte (Entsprechende Qualifikationsnachweise sind dem Antrag beizufügen).

Name, Vorname	
Qualifikation	

Name, Vorname	
Qualifikation	

5.1.2 Angaben über die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer / Hilfskräften

Anzahl der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer	
Die Ehrenamtlichen sind auf das jeweilige Angebot abgestimmt zu schulen und fortzubilden. Hierfür kann ein Schulungscurriculum eingereicht werden.	
<input type="checkbox"/> Nachweise für Schulung Helferinnen / Helfer bzw. Hilfskräften vorhanden (Entsprechende Schulungsnachweise sind dem Antrag beizufügen.)	
<input type="checkbox"/> Anmeldung zur Teilnahme liegt vor.	
<input type="checkbox"/> Nachweise werden bis zum _____ nachgereicht	

5.1.3 Zahlenmäßiges (angestrebtes) Betreuungsverhältnis - Betreuer / Nutzer

<input type="checkbox"/> Betreuung zu Hause _____ / _____
<input type="checkbox"/> Betreuungsgruppe _____ / _____
<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsangebot _____ / _____
<input type="checkbox"/> Gesprächsgruppe _____ / _____

6. Angaben zu den Räumlichkeiten -nicht notwendig bei Angeboten, die in der eigenen Häuslichkeit stattfinden – (Barrierefreiheit, sanitäre Ausstattung, m²-Zahl etc.)

--

7. Konzept

Legen Sie dem Antrag ein Konzept zu Ihrem Angebot bei. Bitte machen Sie insbesondere Angaben zu folgenden Punkten:

- ✓ *Vorstellen der Institution (Wer sind wir? Was wollen wir?).*
- ✓ *Ziel und Zielgruppe des Angebotes und das jeweilige Einzugsgebiet.*
- ✓ *Darstellung des inhaltlichen Verlaufs des Angebotes (Inhalte, Struktur, zeitlicher Ablauf, Akquise von ehrenamtlichen Helfern oder Beschäftigten).*
- ✓ *Nennen Sie den Personaleinsatz (Einsatz und Qualifikation der Fachkräfte, Welche Aufgaben führen die Fachkräfte und die Ehrenamtlichen / Beschäftigten im Angebot durch?).*
- ✓ *Gehen Sie auf die Räumlichkeiten in denen das Angebot durchgeführt wird ein (Adresse, m², Ausstattungsmerkmale, Barrierefreiheit, etc.) – nicht bei häuslicher Betreuung notwendig.*
- ✓ *Wichtig: Erläutern Sie Ihre Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Angebotes und stellen Sie dar, wie Sie diese gem. HmbPEVO erfüllen.*
- ✓ *Fügen Sie ein Schulungscurriculum bei bzw. treffen Sie Aussagen zur Schulung der Ehrenamtlichen oder Beschäftigten (Schulungsinhalte, -zeiten, -rhythmus, Wer führt die Schulungen durch?).*

Das Konzept muss nicht „ausschweifend“ sein, sondern sollte vielmehr, genau auf den Punkt gebracht, die vorgenannten Angaben enthalten.

8. Angaben zur Regelmäßigkeit, Dauer und Preis des Angebotes

a) Das Angebot zur Unterstützung im Alltag findet wie folgt statt:

- monatlich 14-tägig wöchentlich täglich _____
- in der Zeit von _____ bis _____ Uhr oder nach Bedarf
- für _____ Stunden / Tage

b) Der Preis für die Leistungen nach § 4 Abs. 3 HmbPEVO i.V.m. § 45a Abs. 3 SGB XI beträgt (unzutreffendes bitte streichen)

- Preis gültig ab _____
- Betreuung zu Hause durch Helferinnen und Helfer _____ € pro Stunde / pro Einsatz.
- Betreuungsgruppe _____ € pro Stunde / pro Veranstaltung.
- Gemeinschaftsangebot _____ € pro Stunde /pro Veranstaltung.
- Gesprächsgruppe _____ € pro Stunde / pro Veranstaltung.
- Hilfen im Haushalt _____ € pro Stunde /pro Einsatz.
- familienentlastender Dienst _____ € pro Stunde / pro Einsatz.
- Andere Betreuung: _____ Preis _____ € pro Stunde / pro Leistung.
- Eine detaillierte Preisinformation ist als Anlage beigefügt.

9. Wird das Angebot in anderen Sprachen angeboten? Wenn ja, welche?

--

10. Erklärungen

- a) Der Antragsteller verpflichtet sich der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz jährlich zum 01. April einen Sachbericht für das vorangegangene Kalenderjahr vorzulegen. **Das Formular zum Sachbericht erhalten Sie bei der im Briefkopf genannten Behörde.**
- b) Das eingesetzte Betreuungspersonal (inkl. Ehrenamtliche) ist für Schäden, die im Rahmen der Betreuungstätigkeit verursacht oder erlitten werden, wie folgt versichert:
- Haftpflichtversicherung bei** _____
- Unfallversicherung bei** _____
- Entsprechende Versicherungsnachweise sind dem Antrag beizufügen.**
- c) Der Antragsteller erklärt sein Einverständnis, dass das Angebot zur Unterstützung im Alltag in die Liste der anerkannten Angebote aufgenommen wird, die den Landesverbänden der Pflegekassen in Hamburg und dem Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. zur Einsicht zur Verfügung stehen. Ferner erklärt der Antragsteller sein Einverständnis zur Veröffentlichung der Angebote im Internet.
- d) Der Antragsteller erklärt ferner, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben richtig und vollständig sind.

Ort/ Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Anlagen

<input type="checkbox"/> Konzept inkl. Beschreibung der Qualitätssicherung
<input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweise der Fachkräfte
<input type="checkbox"/> Schulungsnachweise für Ehrenamtliche bzw. Beschäftigte
<input type="checkbox"/> Nachweise zum Versicherungsschutz (Haftpflicht- und Unfallversicherung)
<input type="checkbox"/>