



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 eines Angebots 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 Angebots zur Unterstützung im Alltag

Name des Angebots		
Durchführungsort des Angebots:	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 Angebots zur Unterstützung im Alltag – Leistungsform

<input type="checkbox"/>	1. Helferinnen- und Helferkreis durch Ehrenamtliche
<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

4. Zielgruppe des Angebots (Mehrfachnennungen sind möglich)

Angebot 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 Fachkraft

5.1 Angaben zu den Personen

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 Helferinnen und Helfer / Beschäftigte

Anzahl der Helferinnen und Helfer	
Die Helferinnen und Helfer / Beschäftigten sind auf das jeweilige Angebot abgestimmt zu schulen und fortzubilden. Hierfür wird ein Schulungscurriculum eingereicht.	
<input type="checkbox"/> Nachweise für Schulung Helferinnen und Helfer bzw. Beschäftigte 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 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 Angebots (Inhalte, Struktur, zeitlicher Ablauf, Akquise von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern oder Beschäftigten).*
- ✓ *Nennen Sie den Personaleinsatz (Einsatz und Qualifikation der Fachkraft, Welche Aufgaben führt die Fachkraft 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 Angebots 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 Angebots

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.
- e) Der Antragsteller erklärt, dass er das Hinweisblatt mit den Informationspflichten zu Art. 14 DS-GVO an die Ehrenamtlichen bzw. Beschäftigten weitergeleitet hat.

Ort/ Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Anlagen

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

Informationspflichten bei einer Erhebung von Daten bei der betroffenen Person gem. Art. 13 DS-GVO

1. Bezeichnung der Verarbeitungstätigkeit	
	<p>Datenschutzhinweise im Zusammenhang Gewährung freiwilliger Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die Träger/innen der Seniorenarbeit, • nach dem Betreuungsrecht und • der pflegerischen Versorgungsstruktur.
2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen	
	<p>Verantwortlich für die Datenerhebung ist</p> <p>Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Amt für Gesundheit, Fachabteilung Senioren und Pflege Billstraße 80, 20539 Hamburg Tel.: +49 40 42837-0</p>
3. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten	
	<p>Datenschutzbeauftragte Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Billstraße 80 20539 Hamburg</p> <p>Tel.: +49 40 42837-2065 Fax: +49 40 4273-10127 E-Mail: datenschutz@bgv.hamburg.de</p>
4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung	
4 a	<p>Zwecke der Verarbeitung:</p> <p>Ihre Daten werden dafür erhoben, um die Anerkennungsfähigkeit eines Angebots zur Unterstützung im Alltag zu prüfen.</p>
4 b	<p>Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:</p> <p>Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe e , DS-GVO in Verbindung mit §§ 4 und 5 Hamburgische Pflege-Engagement Verordnung (HmbPEVO) i.V.m. § 45a Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) verarbeitet.</p>
5. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten	
	<p>Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an:</p> <p>Intendanzeinheiten der BGV, um den Anerkennungsantrag bearbeiten zu können.</p>
6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland	
	<p>Entfällt.</p>

7. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten	
	Ihre Daten werden nach der Erhebung bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist.
8. Betroffenenrechte	
	<p>Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:</p> <p>Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DS-GVO).</p> <p>Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DS-GVO).</p> <p>Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DS-GVO).</p> <p>Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DS-GVO).</p> <p>Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.</p> <p>Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit: Ludwig-Erhard-Str. 22 20459 Hamburg Tel. 040/ 428544040 Fax 040/427911811 E-mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de</p>
9. Entfällt	
10. Pflicht zur Bereitstellung der Daten	
	<p>Sie sind dazu verpflichtet, Ihre Daten anzugeben. Die BGV benötigt Ihre Daten, um Ihren Antrag auf Anerkennung bearbeiten zu können.</p> <p>Wenn Sie die erforderlichen Daten nicht angeben, - kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden, - kann der Vertrag mit Ihnen nicht abgeschlossen werden.</p>

Informationspflichten bei einer Erhebung von Daten

gem. Art. 14 DS-GVO

Hinweis: *Werden personenbezogene Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben, sondern z.B. bei Dritten, sind der betroffenen Person die im Folgenden aufgezählten Informationen zu geben.*

1. Anlass der Erhebung	
	<p>Die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) hat Daten von Ihnen im Zuge der Bearbeitung des Antrages auf Anerkennung eines Angebots zur Unterstützung im Alltag:</p> <ul style="list-style-type: none"> • für die Träger/innen der Seniorenarbeit, • nach dem Betreuungsrecht und • der pflegerischen Versorgungsstruktur <p>bei Ihrem Träger erhoben. Mit diesen Datenschutzhinweisen möchte die BGV Sie nachstehend gemäß Art. 14 DSGVO über die Verarbeitung Ihrer Daten informieren.</p>
2. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen	
	<p>Verantwortlich für die Datenerhebung ist</p> <p>Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV), Amt für Gesundheit, Fachabteilung Senioren und Pflege Billstraße 80, 20539 Hamburg Tel.: +49 40 428.37-0</p>
3. Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten	
	<p>Datenschutzbeauftragte Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Billstraße 80 20539 Hamburg</p> <p>Tel.: +49 40 42837-2065 Fax: +49 40 4273-10127 E-Mail: datenschutz@bgv.hamburg.de</p>
4. Zwecke und Rechtsgrundlagen der Verarbeitung	
4 a	<p>Zwecke der Verarbeitung:</p> <p>Ihre Daten werden erhoben, um die Anerkennungsfähigkeit eines Angebots zur Unterstützung im Alltag zu prüfen.</p>
4 b	<p>Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:</p> <p>Ihre Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchstabe e, DS-GVO in Verbindung mit dem § 5 Hamburgisches Datenschutzgesetz (HmbDSG) verarbeitet.</p>
5. Quelle der Daten	
	<p>Ihre Daten haben wir bei Ihrem Träger erhoben.</p>

6. Kategorien der personenbezogenen Daten, die verarbeitet werden	
	Es werden personenbezogene Daten verarbeitet; z.B. Name, Adressdaten, berufliche Qualifikation, andere Qualifikation (Schulungs- und Fortbildungsnachweise), Zeitanteil im Projekt.
7. Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten	
	Ihre personenbezogenen Daten werden weitergegeben an: - Intendanzeinheiten der BGV
8. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland	
	Entfällt
9. Dauer der Speicherung der personenbezogenen Daten	
	Ihre Daten werden nach der Erhebung bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist.
10. Betroffenenrechte	
	<p>Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:</p> <p>Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DS-GVO).</p> <p>Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DS-GVO).</p> <p>Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DS-GVO).</p> <p>Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DS-GVO).</p> <p>Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.</p> <p>Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit: Ludwig-Erhard-Str. 22 20459 Hamburg Tel. 040/ 428544040 Fax 040/427911811 E-mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de</p>