**Antrag eines** ambulanten Pflegedienstes

**auf Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag**

nach § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI i.V.m. der Thüringer Verordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag (ThürAUPAVO)

Thüringer Landesverwaltungsamt
Referat 630
Jorge-Semprún-Platz 4
98423 Weimar

Aktenzeichen 630.30-6464

| **1. Daten des Antragstellers/Trägers** | | |
|---|---|---|
| Name/Bezeichnung: | | |
| Anschrift: | Straße/PLZ/Ort/Kreis | |
| Internet-, E-Mail-Adresse: | Internet-Adresse | E-Mail-Adresse |
| Auskunft erteilt: | Name/Telefon/Fax | |

| **2. Daten des Angebotes zur Unterstützung im Alltag** (falls abweichend von 1.) | | |
|---|---|---|
| Name/Bezeichnung: | | |
| Anschrift: | Straße/PLZ/Ort/Kreis | |
| Internet-, E-Mail-Adresse: | Internet-Adresse | E-Mail-Adresse |
| Auskunft erteilt: | Name/Telefon/Fax | |

**3. Ich beantrage die Anerkennung des folgenden Angebotes zur Unterstützung Pflegebedürftiger im Alltag** ☐ bitte ankreuzen

*Betreuungsangebote*

☐ Betreuungsgruppe für an Demenz erkrankte Menschen

☐ Helferkreis zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich

☐ Tagesbetreuung in Kleingruppen

☐ Einzelbetreuung

☐ Agentur zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen

☐ familienentlastender Dienst

*Angebote zur Entlastung von Pflegenden*

☐ Pflegebegleiter

*Angebote zur Entlastung im Alltag*

☐ Alltagsbegleiter

☐ Serviceangebot für haushaltsnahe Dienstleistungen

**4. Altersgruppe** ☐ bitte ankreuzen

| | |
|---|---|
| ☐ Erwachsene | ☐ Jugendliche/Kinder |

**5. Zielgruppe** ☐ bitte ankreuzen

☐ körperlich pflegebedürftige Menschen

☐ kognitiv pflegebedürftige Menschen

☐ psychisch pflegebedürftige Menschen

☐ pflegende Angehörige / vergleichbar nahestehende Pflegepersonen

**6. regionale Verfügbarkeit** ☐ bitte ankreuzen

☐ landesweit (Thüringen)

☐ Landkreis/kreisfreie Stadt:

☐ PLZ (Sitz des Angebotes)

**7. Sprachkenntnisse der Mitarbeiter** ☐ bitte ankreuzen

| deutsch | englisch | französisch | türkisch | griechisch | russisch | polnisch | italienisch | spanisch |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## 8. Preis des Angebotes

☐ bitte ankreuzen

Preisinformation:

| | | |
|---|---|---|
| Betreuung zu Hause je Stunde<br>(inkl. aller Nebenkosten,<br>Personalnebenkosten, Fahrtkosten) | _____ | € |
| Betreuungsgruppe je Stunde<br>(inkl. aller Nebenkosten,<br>Personalnebenkosten, Fahrtkosten) | _____ | € |
| Tagesbetreuung<br>(inkl. aller Nebenkosten,<br>Personalnebenkosten, Fahrtkosten) | _____ | € |
| (inkl. aller Nebenkosten,<br>Personalnebenkosten, Fahrtkosten) | _____ | € |

## 9. Erklärungen

Der Antragsteller

- ☐ stimmt der **Veröffentlichung** seiner Leistungen und der dafür geforderten Vergütungen in der Leistungs- und Preisvergleichsliste der Landesverbände der Pflegekassen nach § 7 Abs. 3 Satz 2 SGB XI zu.
- ☐ erklärt, dass die sozialversicherungspflichtig angestellten Mitarbeiter sowie die geringfügig Beschäftigten nach den Vorgaben des **Mindestlohn**gesetzes vom 01.08.2015 in der jeweils geltenden Fassung beschäftigt werden.
- ☐ erklärt, dass für Leistungen nicht mehr als **24 Euro pro Stunde** abgerechnet werden; hierin sind alle Nebenkosten einschließlich der Personalnebenkosten und der Fahrtkosten enthalten.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| Ort | Datum | Unterschrift und Stempel |

TLVwA 630 -08- 02/19