

Antrag

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
99423 Weimar

Aktenzeichen 630.30-646

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. Angaben zu den zur Verfügung stehenden Räumen

4.1 Aufenthaltsräume

Anzahl	Etage	Raumnummer	Größe in m ²	vorherige Nutzung

4.2 Ruheräume

Anzahl	Etage	Raumnummer	Größe in m ²	vorherige Nutzung

4.3 Sanitäranlagen

Anzahl	Etage	davon behindertengerecht	

5. Altersgruppe bitte ankreuzen

- Erwachsene
- Jugendliche/Kinder

6. Zielgruppe bitte ankreuzen

- körperlich pflegebedürftige Menschen
- kognitiv pflegebedürftige Menschen
- psychisch pflegebedürftige Menschen
- pflegende Angehörige / vergleichbar nahestehende Pflegepersonen

7. regionale Verfügbarkeit bitte ankreuzen

- landesweit (Thüringen)
- Landkreis/kreisfreie Stadt:
- PLZ (Sitz des Angebotes)

8. Angaben zur Regelmäßigkeit, Dauer und Preis des Angebotes bitte ankreuzen

Die Leistungen werden angeboten:

- monatlich wöchentlich täglich
- in der Zeit von _____ bis _____ oder
- _____

Preisinformation: Kalkulation bitte beifügen!

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

9. Versicherungsschutz bitte ankreuzen

Es besteht ein ausreichender Versicherungsschutz (Unfall-/Haftpflichtversicherung) gegen Sach- und Personenschäden, welche die Helfer im Rahmen ihrer Tätigkeit verursachen oder erleiden können.

- Entsprechende Nachweise sind beigefügt
- werden bis zum _____ nachgereicht.

10. Mitarbeiter								
10.1 Daten der <u>Fachkräfte</u> z.B.: Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Sozialpädagoge								
Name, Vorname			Qualifikation (Qualifikationsnachweis und Arbeitsvertrag bitte beifügen)					
10.2 Daten der <u>Helfer</u> <input checked="" type="checkbox"/> bitte ankreuzen								
Name, Vorname			Fortbildungsmaßnahmen			ehrenamtlicher Helfer	SVpflichtig angestellter Mitarbeiter / geringfügig Beschäftigter	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.3 Sprachkenntnisse der Mitarbeiter <input checked="" type="checkbox"/> bitte ankreuzen								
deutsch	englisch	französisch	türkisch	griechisch	russisch	polnisch	italienisch	spanisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Schulung <input checked="" type="checkbox"/> bitte ankreuzen	
Die vorbereitende Schulung der ehrenamtlichen Helfer, sozialversicherungspflichtig angestellten Mitarbeiter und geringfügig Beschäftigten erfolgt im Sinne des § 4 ThürAUPAVO.	
Entsprechende Nachweise	<input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> werden bis zum <input type="text"/> nachgereicht.

12. Erklärungen

Der Antragsteller

- verpflichtet sich, dem Thüringer Landesverwaltungsamt, Abteilung VI - Versorgung und Integration jährlich, spätestens bis zum 30. April, einen **formularmäßigen Tätigkeitsbericht** über den Vorjahreszeitraum vorzulegen.
- verpflichtet sich, dem Thüringer Landesverwaltungsamt, Abteilung VI - Versorgung und Integration **unverzüglich Änderungen** in schriftlicher Form **anzuzeigen**, die das Leistungsangebot, die Höhe der geforderten Vergütung sowie die in den §§ 3 und 4 ThürAUPA beschriebenen Voraussetzungen betreffen.
- 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 das Angebot konzeptionell darauf ausgerichtet ist, Leistungen als Teil einer **regionalen Versorgungsstruktur** zu erbringen und Bereitschaft für die Kommunikation und Kooperation innerhalb des abgestimmten und vernetzten Versorgungssystems besteht.
- erklärt, dass die Anforderungen der **Empfehlungen** des Spitzenverbandes Bund der **Pflegekassen** und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nach § 45c Abs. 7 Satz 1 SGB XI erfüllt werden.

13. Anlagen

bitte ankreuzen

- fachliches Konzept
- Qualifikationsnachweise der Fachkräfte
- Arbeitsverträge der Fachkräfte
- Kostenkalkulation
- Versicherungsnachweise (Unfall-/Haftpflichtversicherung)
- Nachweis über die Schulung der Helfer
- _____

Ort

Datum

Unterschrift und Stempel