

**Leistungsbeschreibung nach § 5 PflBetrVO:
Einzelperson**

1. Kontaktdaten (Firmensitz) des Angebotes zur Unterstützung im Alltag

Firmenname	
Vorname / Nachname	
Straße	
Hausnummer	
PLZ	
Ort	
Tel.	
Fax.*	
E-Mail*	
Homepage	
Öffnungszeiten	
Bezeichnung des Vorhabens	
Regionale Verfügbarkeit	<input type="checkbox"/> landesweit <input type="checkbox"/> Landkreis <input type="checkbox"/> PLZ <input type="checkbox"/> andere

2. Zielstellung

Was möchten Sie mit Ihrem Angebot erreichen/ unterstützen? Hier sollten Sie das Ziel Ihres Angebotes beschreiben z. B. Entlastung der pflegenden Angehörigen oder Verbleib der betroffenen Person im gewohnten/vertrauten Umfeld sowie sonstige Unterstützungsformen

3. Zielgruppe/Zielgruppen

Bitte übernehmen Sie Ihre angestrebten Zielgruppen in das Konzept.

- Körperlich eingeschränkte Pflegebedürftige
- Kognitiv und oder psychisch eingeschränkte Pflegebedürftige
- Pflegenden Angehörige und vergleichbar Nahstehende
- Menschen mit Behinderung
- Pflegebedürftige Kinder
 Jugendliche
 Erwachsene

4. Angebote im Überblick

Stellen Sie kurz aber ausführlich ihr Leistungen vor. Es muss hierbei ersichtlich sein,

1. welche Preise pro Stunde Sie erheben, (Bitte vergessen Sie nicht die Angabe zu den Fahrtkosten)
Hinweis: Eine pauschale Erhebung von Fahrtkosten (z.B. 5€ pro Fahrt) ist nicht möglich. Die abrechenbare Fahrtkostenerstattung, gem. §5 Abs. 1 BRKG, beträgt 0,20 € je zurückgelegtem Kilometer der Fahrtstrecke.
2. wo die Leistung stattfindet und
3. welche Leistung sie genau anbieten. (z.B. Begleitung zu Ärzten/Behörden, spazieren gehen, Reinigungstätigkeiten usw.)

Bitte verwenden Sie hierzu die unten aufgeführten Schemata.

4.1 Einzelbetreuung

Hinweis: Einzelbetreuung können z.B. sein, Begleitung zu Ärzten und Behörden, klassische Betreuungstätigkeiten (malen, basteln), soziale Interaktion, spazieren gehen, Erinnerungsarbeit, Präventionsarbeiten usw.

Preise pro Stunde: (falls vorhanden Fahrtkosten)

Ausübungsort:

Inhalt:

4.2 Gruppenbetreuung

Grundsätzlich kann eine Gruppenbetreuung erst ab einer Anzahl von mindestens 3 Personen erfolgen. Die max. Personenanzahl liegt bei 12 Personen. Somit ergibt sich ein Personenschlüssel von mind. 1:3 – max. 1:12 (bei einer betreuenden Person) und ist an den Pflegegrad der betroffenen Personen individuell anzupassen.

Die Gruppenbetreuung kann in 2 Bereiche unterteilt werden. Zum einen die Gruppenbetreuung vor Ort und die Tagesgruppen. Welche Betreuungsform(en) Sie nutzen möchten ist im Konzept detailliert anzugeben.

4.2.1 Gruppenbetreuung in vorgehaltenen Räumlichkeiten

Ausführliche Angabe zur Örtlichkeit (Adresse, Größe der Örtlichkeit, Sanitäreinrichtungen, Brandschutz, Barrierefreiheit usw.) sind darzulegen.

Fügen Sie eine Kopie des Mietvertrages oder Grundbuchauszug und eine Skizze mit dem Grundriss bei, woraus der Nutzungsraum und Sanitäreinrichtungen ersichtlich sind.
Hinweis: Für die Nutzung von angemessenen Räumlichkeiten sind die Voraussetzungen des § 5 Behindertengleichstellungsgesetzes Sachsen-Anhalt entsprechend anzustreben.

Betreuungsverhältnis: z.B. mind.1:3 bis max. 1:12

Preise pro Stunde: (falls vorhanden Fahrtkosten)

Ausübungsort:

Inhalt:

4.2.2 Tagesgruppen

Hierbei sind Ausflugsgruppen gemeint die unabhängig von vorgehaltenen Räumlichkeiten sind.

Betreuungsverhältnis: z.B. mind.1:3 bis max. 1:12

Preise pro Stunde: (falls vorhanden Fahrtkosten)

Ausübungsort: z.B. Entfernung zu Ausflugszielen

Inhalt:

4.3 Hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen mit dem Betroffenen

Hinweis: Hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen können z.B. sein, **gemeinsame/s** Wohnungsreinigung, Fensterputzen, Kochen/ Backen, einkaufen gehen, Gartenarbeiten usw.

Der Fokus liegt hierbei auf unterstützenden Tätigkeiten mit der betroffenen Person zusammen.

Preise pro Stunde (falls vorhanden Fahrtkosten)

Ausübungsort:

Inhalt:

4.4 Haushaltsnahe Dienstleistungen für den Betroffenen

Hinweis: Haushaltsnahe Dienstleistungen können z.B. sein, Wohnungsreinigung, Fensterputzen, Kochen/ Backen, **Einkaufsservice** für den Betroffenen, Gartenarbeiten usw.

Der Fokus liegt hierbei auf Tätigkeiten die im Auftrag der betroffenen Personen ausgeführt werden (Dienstleistung).

Preise pro Stunde: (falls vorhanden Fahrtkosten)

Ausübungsort:

Inhalt:

5. Personelle Ausstattung

Nennen Sie bitte die beteiligte/ n Person/ n, die in Ihrem Angebot zur Unterstützung im Alltag mitwirken und deren Funktion (z.B. Fachkraft oder leistungserbringende Person).

Hinweis: Für die eindeutige Zuordnung von Person und Qualifikationsnachweis, prüfen Sie bitte ggfs. die Namen. Falls Abweichungen z.B. der Nachnamen, vorliegen bestätigen Sie bitte formlos, dass es sich um dieselbe Person handelt.

Beispiel: Frau Mustermann hat Ihre Ausbildung mit Ihrem Geburtsnamen abgeschlossen und hat anschließend geheiratet und trägt jetzt einen anderen Familiennamen.

Teil a: Für Einzelpersonen mit Berufsabschlusses insbesondere als Fachkraft

Hinweis: Falls Sie eine Qualifikation als Fachkraft (wie im Antrag angegeben) verfügen, füllen Sie **Teil a** aus.

Name der Fachkraft/ leistungserbringenden Person:

Teil b: Für Einzelpersonen mit einer oder gleichwertigen Qualifikation gem. Richtlinien nach § 53b SGB XI (160h á 45 Minuten umfassende Qualifizierung)

Hinweis: Falls Sie nicht eine Qualifikation als Fachkraft (wie im Antrag angegeben) verfügen, füllen Sie Teil b) aus.

Name der Kooperationsfachkraft:

Name der leistungserbringenden Person:

6. Kooperation & Vernetzung

Falls vorhanden, listen Sie bitte alle Kooperations- oder Netzwerkpartner auf (z.B. Ärzte oder Pflegeeinrichtungen) mit denen Sie in Verbindung stehen.