

Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg
 Dezernat 44 - überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe/Sozialhilfe
 Lipezker Str. 45, Haus 5
 03048 Cottbus

zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Antrag

auf Anerkennung eines Angebotes zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI

1. Daten des Antragstellers

Name / Bezeichnung	Rechtsform des Antragstellers
Name und Funktion des Vertretungsberechtigten	PLZ / Ort
Straße, Haus-Nr.	Kreis
Email-Adresse	Internet-Adresse
Auskunft erteilt: Name / Tel. / Fax	

2. Daten des Angebotes zur Unterstützung im Alltag (falls abweichend von 1.)

Name / Bezeichnung	PLZ / Ort
Straße, Haus-Nr.	Kreis
Email-Adresse	Internet-Adresse
Auskunft erteilt: Name / Tel. / Fax	

3. Zielgruppe

- körperlich pflegebedürftige Menschen
- Menschen mit geistigen Behinderungen
- Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen
- Menschen mit psychischen Erkrankungen
- pflegende Angehörige und vergleichbar Nahestehende
 (Hier sind nur gezielte und regelmäßige Angebote für Pflegepersonen gemeint!)

Altersgruppe:

Erwachsene und / oder

Kinder / Jugendliche (unter 18 Jahre)

4. Leistungsform

Angebote zur stundenweisen Betreuung von Anspruchsberechtigten im häuslichen Bereich

Angebote zur stundenweisen Unterstützung von Anspruchsberechtigten im häuslichen Bereich bei der Bewältigung von allgemeinen und pflegebedingten Anforderungen des Alltags, zum Beispiel bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

Betreuungsgruppen

Freizeit-, Kultur- und Sportangebote mit oder ohne pflegende Angehörige oder vergleichbar Nahestehende/n

Unterstützung bei der Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen

psychosoziale Begleitung der pflegenden Angehörigen oder anderer nahestehender Pflegepersonen

In welchem Landkreis/ welcher kreisfreien Stadt sollen die Leistungsangebote erbracht werden?

5. Einbindung in regionale Pflegestrukturen

Ist das Angebot darauf ausgerichtet, seine Leistungen als Teil einer regionalen Versorgungsstruktur zu erbringen und besteht die Bereitschaft zur Kooperation und Kommunikation mit anderen regionalen Pflegeakteuren?

Ja

6. Angaben zur Qualitätssicherung

6.1 Regelmäßigkeit und Verlässlichkeit des Angebotes

Die Leistungen werden dauerhaft und zu den folgenden Zeiten angeboten

monatlich

wöchentlich

täglich

in der Zeit von _____ bis _____ oder

Eine Vertretung der Helfenden (z. B. im Fall von Krankheit) ist im Rahmen des Angebotes sichergestellt:

Ja

6.2 Konzept des Leistungsangebotes

ist als Anlage beigefügt

Die Fachstelle „Altern und Pflege im Quartier“ unterstützt Sie bei Bedarf bei der Erarbeitung

(www.fapiq-brandenburg.de).

6.3 Angaben zur fachlichen Begleitung und Unterstützung der Helfenden durch eine Fachkraft

Daten der Fachkraft /der Fachkräfte

Name	Vorname
Geburtsname	Berufsbezeichnung (Nachweis als Anlage)
Name	Vorname
Geburtsname	Berufsbezeichnung (Nachweis als Anlage)

6.3 Angaben zu den Helfenden (ehrenamtlich Tätige und/oder sozialversicherungspflichtig Beschäftigte)

Die Leistungen werden erbracht durch:

ehrenamtliche Helfer/innen
Anzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung _____

und/oder

sozialversicherungspflichtig Beschäftigte
Anzahl zum Zeitpunkt der Antragstellung _____

Fachbezogene Schulung der Helfenden:

Nachweise über eine fachbezogene Schulung vorhanden (bitte als Anlage beifügen).

Anmeldung zur Teilnahme an einer fachbezogenen Schulung liegt vor.

Schulungsanbieter _____

7. Versicherungsschutz

Nachweise über den Versicherungsschutz gegen Sach- und Personenschäden, welche die Helfenden im Rahmen ihrer Tätigkeit verursachen oder erleiden können (Haftpflicht- und Unfallversicherung)

sind beigelegt

8. Brutto-Preis des Angebots (enthält auch etwaige Fahrtkosten)

Alltagsbegleitung in der Häuslichkeit: €/ Stunde

Betreuungsgruppe: €/ Stunde

Freizeit-, Kultur- und Sportangebote mit und/oder ohne pflegende Angehörige
oder vergleichbar Nahestehende, €/ Stunde

Unterstützung bei der Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen €/ Stunde

psychosoziale Begleitung der pflegenden Angehörigen oder anderer nahestehender
Pflegerpersonen €/ Stunde

9. Erklärung

Der Antragsteller verpflichtet sich,

dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus jährlich bis zum 31. März einen standardisierten Statistikbogen ausgefüllt für das vergangene Jahr zur Verfügung zu stellen.

dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus jederzeit die erbetenen Auskünfte im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Anerkennung und Aufrechterhaltung zu erteilen.

dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus alle Änderungen im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Anerkennung und Aufrechterhaltung mitzuteilen.

dem Landesamt für Soziales und Versorgung in Cottbus die Qualifizierungsnachweise der neu gewonnenen Helfenden zu übersenden.

dass sozialversicherungspflichtige Mitarbeiter zu den geltenden gesetzlichen Bedingungen beschäftigt werden.

Der Antragsteller erklärt sich einverstanden,

mit der Verarbeitung personenbezogener Daten entsprechend der gesetzlichen Vorschriften.

mit der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten sowie denen des Angebots über den Pflegenavigator der AOK.

10. beigefügte Anlagen

Inhaltliches Konzept des Angebotes zur Unterstützung im Alltag

Konzept der vorbereitenden Schulung

Qualifizierungsnachweis(e) der anleitenden Fachkraft

Qualifizierungsnachweis(e) der Helfenden (Ehrenamtliche und/oder sozialversicherungspflichtige Beschäftigte)

Haftpflichtversicherungsnachweis

Unfallversicherungsnachweis (hier genügt die Kopie der letzten Meldung an die Berufsgenossenschaft)

Vereinsregisterauszug/ Handelsregisterauszug/ Gewerbeanmeldung/ Satzung bzw. Gesellschaftervertrag
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

ggf. Nachweis der Gemeinnützigkeit

Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers

Information des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg zum Datenschutz

Sie werden im Folgenden entsprechend den gesetzlichen Vorschriften gemäß Art. 13 und 14 der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) informiert:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das

Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg,
Lipezker Str. 45, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-0
Telefax: 0331 27548-4548
E-Mail: post@lasv.brandenburg.de
Internet: www.lasv.brandenburg.de

Das Landesamt wird vertreten durch die Präsidentin Frau Liane Klocek.

Mit der **Datenschutzbeauftragten** des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) können Sie unmittelbar auf den folgenden Wegen Kontakt aufnehmen:

Landesamt für Soziales und Versorgung
Gabriele Jaron
Lipezker Str. 5, Haus 5
03048 Cottbus

Telefon: 0355 2893-133
E-Mail: datenschutzbeauftragter@lasv.brandenburg.de

Ihre personenbezogenen Daten sind für folgenden **Zweck** erforderlich: **Durchführung des Anerkennungsverfahrens gemäß § 45a Abs. 1 SGB XI i. V. m. Angebotsanerkennungsverordnung – NBEA -AnerkV - Land Brandenburg**

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a und e sowie Art. 9 Abs. 2 Buchstaben a und b der EU-DSGVO, § 3 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und § 5 Abs. 1 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes (BbgDSG), §§ 67 ff. SGB X.

Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie keine Angaben oder keine vollständigen Angaben machen, können wir Ihren Antrag aber möglicherweise nicht richtig bearbeiten.

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an Dritte weiter, wenn Sie hierzu eingewilligt haben oder eine gesetzliche Vorschrift eine **Datenübermittlung** ausdrücklich vorsieht.

Ihre Daten verarbeiten wir nur solange sie für den vorgenannten Zweck einschließlich etwaiger Rechtsbehelfsverfahren und kostenrechtlicher Abwicklung, zur Wahrnehmung der Dienst- und Fachaufsicht sowie zur Bearbeitung von Eingaben, Auskunftersuchen und Beschwerden, **erforderlich sind** und darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungsfristen.

Nach der EU-DSGVO haben Sie folgende Rechte:

- Sie können von uns **Auskunft** über Ihre Daten verlangen, die wir gespeichert haben.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **berichtigen**, wenn sie unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **vervollständigen**, wenn sie unvollständig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zu **löschen**, wenn wir sie nicht mehr benötigen. Dies könnte insbesondere dann der Fall sein, wenn Sie Ihren Antrag zurücknehmen oder der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen.
- Sie können von uns verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten **einzuschränken**. Das können Sie insbesondere dann tun, wenn Sie verlangt haben, Ihre Daten zu berichtigen und noch nicht geklärt ist, ob die Daten tatsächlich unrichtig sind.
- Sie können von uns verlangen, Ihre Daten zur Übertragbarkeit **bereitzustellen**.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Der Widerruf gilt aber nicht rückwirkend. Er macht die vor dem Widerruf stattgefundenene Verarbeitung Ihrer Daten nicht rechtswidrig.
- Sie können der Übermittlung Ihrer Daten durch uns an Dritte jederzeit widersprechen.

Bei **Fragen oder Beschwerden** können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Die Landesbeauftragten für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht Brandenburg
Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow

Telefon: 033203 356-0
Fax: 033203 356-49
E-Mail: poststelle@lda.brandenburg.de
Internet: www.lda.brandenburg.de