



**Antrag zur Anerkennung von Angeboten zur Entlastung im Alltag
nach § 45a Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 SGB XI - Formular für gewerblich Anbietende**

Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen.

1. Daten der antragstellenden Person
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Name, Vorname: Straße, Hausnummer: PLZ, Ort: Telefon: E-Mail, Homepage:
Auskunft wird erteilt von
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Name, Vorname: Telefon, E-Mail:
2. Angaben zum Entlastungsangebot (falls abweichend von 1.)
Name des Unterstützungsangebotes (Betrieb): Straße, Hausnummer: PLZ, Ort: Telefon: E-Mail, Homepage:
Handlungsbevollmächtigte Person <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Name, Vorname:

3. Antrag gilt für		
<input type="checkbox"/> Bremen <input type="checkbox"/> Bremerhaven		
4. Angaben zur Zielgruppe		
Pflegebedürftige mit einer Anspruchsberechtigung nach § 15 SGB XI		
	Ja	Nein
mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsene mit geistiger Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwachsene mit psychischer Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pflegebedürftige Erwachsene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder mit geistiger Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder mit psychischer Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pflegebedürftige Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Angaben zur Fachkraft		
als fachliche Begleitung und zur Unterstützung des beschäftigten Personals		
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> ohne Name, Vorname: Berufliche Qualifikation: _____ <input type="checkbox"/> Qualifikationsnachweis ist beigelegt		
6. Angaben zur Regelmäßigkeit und Dauer des Angebotes		
<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> für _____ Stunden/Tag		
7. Preis des Angebotes		
_____ € pro Stunde		
8. Erklärungen		
<input type="checkbox"/> Die antragstellende Person erklärt ihr Einverständnis, dass das anerkannte Angebot zur Entlastung im Alltag in die Liste der Angebote aufgenommen wird und die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen zur Veröffentlichung in einer Leistungs- und Preisvergleichsliste in der nach § 7 Absatz 4 SGB XI vereinbarten Form weitergeleitet werden.		

Die antragstellende Person verpflichtet sich, der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz in Bremen

- ☐ einen standardisierten Tätigkeitsbericht zur Verfügung zu stellen (bis zum 31. März eines jeden Jahres für das vorangegangene Jahr)
- ☐ jederzeit die erbetenen Auskünfte in Zusammenhang mit dem Verfahren zur Anerkennung und Aufrechterhaltung mitzuteilen,
- ☐ alle Änderungen im Zusammenhang mit dem Verfahren zur Anerkennung und Aufrechterhaltung mitzuteilen

9. Dem Antrag beizufügende Anlagen

- ☐ Konzeption mit Angaben zur Fachbegleitung und Qualifizierung
- ☐ Qualifizierungsnachweis der anleitenden Fachkraft, bzw. Kooperationsvertrag sofern der Betrieb keine anzuerkennende Fachkraft beschäftigt
- ☐ Nachweis zum Versicherungsschutz der Haftpflicht- und Unfallversicherung
- ☐ Vereinsregistrauszug, Handelsregistrauszug, Satzung bzw. Gesellschaftervertrag
- ☐ Vollmacht der Handlungsbevollmächtigten Person, falls diese nicht identisch ist zur antragstellenden Person
- ☐ Mustervertrag zwischen dem Anbieter und der pflegebedürftigen Person über die zu erbringenden Leistungen und Kosten

Für alle Mitarbeitenden ist nachzuweisen:

- ☐ ein aktuelles **einfaches Führungszeugnis** (Einsatz bei Erwachsenen)
- ☐ ein aktuelles **erweitertes Führungszeugnis** (nur bei Einsatz bei Kindern und Jugendlichen)
- ☐ **Basisqualifikation** (mindestens 30 Zeitstunden); zu absolvieren bei einem im Land Bremen anerkannten Schulungsanbieter (Die Basisqualifikation ist nur dann erforderlich, wenn keine einschlägige berufliche Qualifikation vorliegt.)
- ☐ **Erste-Hilfe-Kurs** (mindestens neun Unterrichtseinheiten)

Bitte reichen Sie bei Antragstellung nur die oben angegebenen Unterlagen ein.

Ort, Datum

Unterschrift