

## Berichtsbogen

### Leistungserbringer bei Antrag auf Erbringung von Haushaltshilfe nach § 38 i.V. m. § 132 SGB V

Zum Zulassungsantrag vom \_\_\_\_\_

#### Allgemeine Angaben zum Leistungserbringer:

<b>Name der Einrichtung</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	
<b>IK-Nr.</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Fax</b>	
<b>E-Mail-Adresse</b>	

**Fachliche Leitung:** \_\_\_\_\_

**Stellvertr.fachl.Leitung:** \_\_\_\_\_

**Organisatorische Voraussetzungen:**

	Ja	Nein
Mobilität ist gewährleistet		
Eigenständiger Telefonanschluß mit Anrufbeantworter und Anrufweiterleitung		
Mitarbeiterdokumentation		
Ständige Erreichbarkeit rund um die Uhr auch an Sonn- und Feiertagen		

**Beschäftigte außer fachlichem Leiter und Stellvertretung:**

ja                      nein  
                     

Wenn ja, welche ? (bitte Kopie der Berufsurkunde und des Arbeitsvertrages beifügen)

Name	Berufsbezeichnung	Stundenzahl / Woche	beschäftigt ab

**Fachliche Qualifikation**

a) *Der/des fachlichen Leiters/in*

Der/die fachliche Leiter/in besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

- Haus- und Familienpflegerinnen und -helfer
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter

- Fachhauswirtschafterinnen / Fachhauswirtschafter
- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen / Familienpfleger
- Familienbetreuerinnen / Familienbetreuer
- Familienbetreuerinnen / Familienbetreuer
- staatl. anerkannte Heilerziehungspflegerinnen / Heilerziehungspfleger,  
Heilerzieherinnen / Heilerzieher sowie Heilpädagogin / Heilpädagoge

(bitte Kopie der entsprechenden Urkunde beifügen)

Der / die fachliche Leiter/in hat innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 3 Jahre eine praktische und hauptberufliche Vollzeitbeschäftigung ausgeübt.

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| ja                       | nein                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

wenn ja,

<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Arbeitgeber</b>	<b>Stundenzahl / Woche</b>

Der/die fachliche Leiter/in übt seine / ihre Tätigkeit hauptberuflich aus.

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Ja                       | Nein                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Der/die fachliche Leiter/in steht in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis:

Ja

Nein

Der/die fachliche Leiter/in ist Eigentümer/in bzw. Gesellschafter/in des Pflegedienstes

Ja

Nein

(wenn ja, bitte Kopie des Gesellschaftervertrages beifügen)

*b) Der/des stellvertretenden fachlichen Leiters/in*

Die stellvertretende fachliche Leitung besitzt die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung

- Haus- und Familienpflegerinnen und -helfer
- Hauswirtschafterinnen/Hauswirtschafter
- Fachhauswirtschafterinnen / Fachhauswirtschafter
- staatlich anerkannte Familienpflegerinnen / Familienpfleger
- Familienbetreuerinnen / Familienbetreuer
- Familienbetreuerinnen / Familienbetreuer
- staatl. anerkannte Heilerziehungspflegerinnen / Heilerziehungspfleger, Heilerzieherinnen/ Heilerzieher sowie Heilpädagogin / Heilpädagoge

(bitte Kopie der entsprechenden Urkunde beifügen)

Die stellvertretende fachliche Leitung hat innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens 3 Jahre eine praktische und hauptberufliche Vollzeitbeschäftigung ausgeübt, davon 2 Jahre im ambulanten pflegerischen Bereich

ja

nein

wenn ja,

<b>von</b>	<b>bis</b>	<b>Arbeitgeber</b>	<b>Stundenzahl / Woche</b>

Der/die stellvertr. fachliche Leiter/in übt ihre Tätigkeit hauptberuflich in dem Pflegedienst aus.

Ja

Nein

Der/die stellvertr. fachliche Leiter/in steht in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis:

Ja

Nein

Der/die stellvertr. fachliche Leiter/in ist Eigentümer/in bzw. Gesellschafter/in des Pflegedienstes

Ja

Nein

(wenn ja, bitte Kopie des Gesellschaftervertrages beifügen)

Die Richtigkeit der o.g. Angaben wird bestätigt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift