

Anlage 3 - Checkliste

(Bitte zusammen mit den Unterlagen einreichen)

Name des Betreuungsdienstes:

Anschrift:
.....
.....

(Gewünschter) Vertragsbeginn:

Unterlagen sind beigelegt (liegen vor) **JA** (liegt vor) **NEIN** (fehlt)

1. Strukturhebungsbogen SGB XI

2. Ergänzende Erklärung zu GVWG

3. Nachweise verantwortliche Pflegefachkraft / Fachkraft

Name:....., **Vorname:**.....

Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)*

Urkunde der staatlichen Anerkennung*

Arbeitgeber-Zeugnisse der letzten Jahre
mit Angaben von Umfang und Art der Beschäftigung

Sozialversicherungsnachweis im betreffenden Betreuungsdienst
(bei eigener Inhaberschaft Nachweis über eine abgeschlossene
freiwillige oder private Krankenversicherung)

ärztliches Gesundheitszeugnis

Arbeitsvertrag

Nachweis über den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme
für leitende Funktionen/Nachweis Studium *

4. Nachweise stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft / Fachkraft

Name:....., **Vorname:**.....

Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)*

Urkunde der staatlichen Anerkennung*

Sozialversicherungsnachweis im betreffenden Betreuungsdienst
(bei eigener Inhaberschaft Nachweis über eine abgeschlossene
freiwillige oder private Krankenversicherung)

ärztliches Gesundheitszeugnis

Arbeitsvertrag

Unterlagen sind beigelegt (liegen vor)**JA** (liegt vor)**NEIN** (fehlt)**5. Nachweise zu betrieblichen Voraussetzungen**Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft Nachweis über den Abschluss einer ausreichenden Betriebs-/
Berufshaftpflichtversicherung Auszug aus dem Gewerbezentralregister für Betriebsinhaber/
Geschäftsführer bei juristischen Personen (z.B. GmbH) * Polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 3 Monate)
für sämtliche Inhaber / Geschäftsführer * Gesellschaftsvertrag
(bei juristischen Personen mit Angabe der Gesellschafterliste) Eintrag ins Handelsregister bei juristischen Personen
(z.B. UG, GmbH, eingetragener Kaufmann/ Kauffrau, usw)

Institutionskennzeichen (IK)
zu beantragen bei:
Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen
Alte Heerstr. 111
53757 Sankt Augustin
Tel. +49 30 13001-1340
Internet: www.dguv.de/arge-ik/antrag/index.jsp

Die IK Nummer lautet: _____

Kooperationsvertrag (sofern vorhanden) **HINWEIS**

Bitte beachten Sie auch die Hinweise und Ausführungen der Verbände der Pflegekassen zur Umsetzung der Richtlinien nach § 72 Abs. 3c und § 82c Abs. 4 SGB XI über die DatenClearingStelle (DCS) Pflege auf der Ergänzenden Erklärung.

**Ich habe das Informationsschreiben der Richtlinien nach § 72 Abs. 3c
und § 82c Abs. 4 SGB XI sowie die Ergänzende
Erklärung gelesen und unterzeichnet:**

***Achtung:** **Sämtliche Unterlagen sind als Original oder beglaubigte Kopie vorzulegen. Ein Vertragsabschluss ist erst nach vollständigen Eingang sämtlicher Unterlagen und nur in die Zukunft möglich. Sofern Unterlagen fehlen oder Angaben unvollständig sind, kann dies zur Verzögerung der Zulassung führen.**

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach §72 SGB XI i.V.m. §71 SGB XI erhoben und verarbeitet. Damit wir unsere Aufgabe der Zulassungsprüfung zur Betreuung rechtmäßig erfüllen können, sind die angeforderten Auskünfte notwendig.

Sollte für die Übermittlung der Daten die Einwilligung von Mitarbeitenden erforderlich sein, versichert der Vertragspartner / die Antragstellerin / der Antragsteller, dass diese erteilt ist.