

Anzeige zur Betriebsaufnahme einer stationären Einrichtung
gemäß § 12 des Gesetzes über Wohnformen und Teilhabe des
Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz - WTG LSA)

Zufreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt
Referat 506
- Heimaufsicht -

1. Angaben zur stationären Einrichtung

1.1 Vorgesehener Zeitpunkt der Betriebsaufnahme

1.2 Name und Standort der Einrichtung

Name	
Straße, Nummer	
PLZ/Ort	
Telefon	Fax
E-Mail	

1.3 Nutzungsart der stationären Einrichtung und der Räume sowie deren Lage, Zahl und Größe und die vorgesehene Belegung

<input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung für ältere Menschen, die nicht pflegebedürftig sind	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Stationäre Einrichtung für Pflegebedürftige (vollstationär)	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Stationäres Hospiz	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Andere Wohnform	Anzahl der Wohnungen	<input type="text"/>

1.4 Wohnformen für Menschen mit Behinderung

<input type="checkbox"/> Wohnheime für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung WHgbM	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wohnheime für Menschen mit seelischer Behinderung WHsbM	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wohnheime für Menschen mit Suchterkrankungen WHskM	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wohnheime für Menschen mit Sinnesbehinderung WH f. sinnesbeh. Menschen	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Wohnheim an der Werkstatt für behinderte Menschen WH an WfbM	Anzahl der Plätze	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Andere Wohnform	Anzahl der Wohnungen	<input type="text"/>

Dann nehmen Sie bitte auf der Grundlage des Rahmenvertrages nach § 131 Abs. 1 SGB IX folgende Eintragungen vor:

Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 1	Plätze	Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 2	Plätze	Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 3	Plätze
Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 4	Plätze	Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 5	Plätze	Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 6	Plätze
Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 7	Plätze	Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 8	Plätze	Leistungsberechtigte Hilfebedarfsgruppe 9	Plätze

Bei Abschluss einer Übergangsleistungsvereinbarung (Vereinbarung gem. § 125 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 SGB IX) nach § 131 SGB IX nehmen Sie bitte folgende Eintragungen vor:

Leistungstyp	<input type="text"/>	Bezeichnung	<input type="text"/>	Plätze	<input type="text"/>
Leistungstyp	<input type="text"/>	Bezeichnung	<input type="text"/>	Plätze	<input type="text"/>
Leistungstyp	<input type="text"/>	Bezeichnung	<input type="text"/>	Plätze	<input type="text"/>
Leistungstyp	<input type="text"/>	Bezeichnung	<input type="text"/>	Plätze	<input type="text"/>

1.5. Raumplan (Bitte füllen Sie dazu die Anlage 1 aus und fügen Sie die Grundriss - und Raumpläne bei.)

Anzahl der Plätze Einzelzimmer

Doppelzimmer

Gesamt

2. Angaben zum Träger der stationären Einrichtung

2.1 Träger der Einrichtung

Name	
Straße, Nummer	
PLZ/Ort	
Telefon	Fax
E-Mail	

2.2 Rechtsform des Trägers

Einzelfirma Kapitalgesellschaft, und zwar

eingetragener Verein GmbH GmbH und CoKG

andere Rechtsform, und zwar

2.3 Unterlagen, die Aufschluss über die rechtlichen Verhältnisse der Einrichtung und des Trägers geben, insbesondere

Satzung liegt in Kopie bei.

Gesellschaftsvertrag liegt in Kopie bei.

Handels- oder Vereinsregisterauszüge liegt/liegen in Kopie bei.

Kopie / Durchschrift der Gewerbeanmeldung (§ 14 GewO)
gilt für gewerblichen Heimbetrieb! (Handelsregisterauszug ist nach Eintragung nachzureichen!) liegt in Kopie bei.

Eingetragener Verein: (Auszug aus dem Vereinsregister) liegt in Kopie bei.

Stiftungen: (Nachweis der Anerkennung als Stiftung) liegt in Kopie bei.

2.4 Angaben zu vertretungsberechtigten Personen des Trägers

Name
Vorname
Geburtsname

Anschrift und Erreichbarkeit

Straße, Nummer
PLZ/Ort
Telefon
E-Mail
Fax

Nachweis(e) über Geschäftsführerbestellung / Vertreterberechtigung liegt/liegen in Kopie bei.

2.5 Mitgliedschaft in einem Landesverband der Freien Wohlfahrtspflege, einem Kommunalen Spitzenverband oder sonstige Vereinigung auf Landesebene

ja nein

Wenn ja, in welchem?

3. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der stationären Einrichtung

3.1 Vorgesehene Zahl der Mitarbeiterstellen

3.2 Art und Zahl der Mitarbeiterstellen

<input type="checkbox"/> Pflegepersonal	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Therapie	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Azubi	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Personal für soziale Betreuung	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ehrenamtlich	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges Personal	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zusatzpersonal (z.B. § 43 b SGB XI, PSG, § 132 g SGB XI)	<input type="text"/>

3.3 Einrichtungsleitung - Persönliche Angaben -

Name

Vorname

Berufsabschluss als*

*Bitte fügen Sie eine Kopie des staatlich anerkannten Berufsabschlusses der Anzeige bei!

Beruflicher Werdegang (Falls Platz nicht ausreichend Fortsetzung bitte auf separatem Blatt!)

von	bis	beschäftigt als	bei

Führungszeugnis

- Ich erkläre hiermit, dass ein erweitertes Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5, § 30a Abs. 1 Nr. 1 Bundeszentralregistergesetz bei der für den Wohnsitz der Person der Einrichtungsleitung zuständigen Behörde beantragt wurde. Als Empfänger des Führungszeugnisses wurde das Landesverwaltungsamt Referat 506 und der/die zuständige Sachbearbeiter(in) benannt.

3.4 Pflegedienstleitung - Persönliche Angaben -

Name

Vorname

Berufsabschluss als*

*Bitte fügen Sie eine Kopie der Urkunde über die staatliche Anerkennung der Ausbildung zur Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen bei!

Verfügt sie über den Ausbildungsnachweis für die verantwortliche Pflegefachkraft mit einer Mindestanzahl von 460 Stunden?

ja nein

Beruflicher Werdegang der letzten acht Jahre (Falls Platz nicht ausreichend Fortsetzung bitte auf separatem Blatt!)

von	bis	beschäftigt als	bei

Führungszeugnis

Ich erkläre hiermit, dass ein erweitertes Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5, § 30a Abs. 1 Nr. 1 Bundeszentralregistergesetz bei der für den Wohnsitz der Person der Einrichtungsleitung zuständigen Behörde beantragt wurde. Als Empfänger des Führungszeugnisses wurde das Landesverwaltungsamt Referat 506 und der/die zuständige Sachbearbeiter(in) benannt.

3.5 Leitende Person im Sinne des § 6 Abs. 2 WTG-PersVO (leitende Tätigkeiten in betreuten Wohngruppen)

Name

Vorname

Berufsabschluss als*

*Bitte fügen Sie eine Kopie des staatlich anerkannten Berufsabschlusses zur Fachkraft im Gesundheits- oder Sozialwesen bei!

Beruflicher Werdegang (Falls Platz nicht ausreichend Fortsetzung bitte auf separatem Blatt!)

von	bis	beschäftigt als	bei

Führungszeugnis

Ich erkläre hiermit, dass ein erweitertes Führungszeugnis nach § 30 Abs. 5, § 30a Abs. 1 Nr. 1 Bundeszentralregistergesetz bei der für den Wohnsitz der Person der Einrichtungsleitung zuständigen Behörde beantragt wurde. Als Empfänger des Führungszeugnisses wurde das Landesverwaltungsamt Referat 506 und der/die zuständige Sachbearbeiter(in) benannt.

4. Weitere Unterlagen

4.1 Versorgungsvertrag nach § 72 Abs. 1 SGB XI und die Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI

liegen in Kopie bei.

wurden in Aussicht gestellt.

schriftliche Bestätigung des Kostenträgers liegt bei.

4.2 Zusatzvereinbarung für Vergütungszuschläge für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß § 43 b SGB XI

liegt in Kopie bei.

Ich erkläre hiermit, dass eine Vereinbarung angestrebt wird.
(Nach Abschluss bitte in Kopie übersenden!)

4.3 Zusatzvereinbarung zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung der Altenpflege nach § 82a SGB XI

liegen in Kopie bei.

Ich erkläre hiermit, dass ein Versorgungsantrag angestrebt wird.
(Nach Abschluss bitte in Kopie übersenden!)

4.4 Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII mit Leistungsbeschreibung

liegt in Kopie bei.

wurde in Aussicht gestellt.

schriftliche Bestätigung des Kostenträgers liegt bei.

4.5 Einzelvereinbarung nach § 39 a SGB V

liegt in Kopie bei.

4.6 Vertragsmuster Bewohnervertrag

liegt in Kopie bei.

4.7 Namen und berufliche Ausbildung der Pflege- und Betreuungskräfte (Personalliste)

liegt in Kopie bei.

4.8 Konzeption der Einrichtung sowie allgemeine Leistungsbeschreibung mit dem vorgesehenen Leistungsangebot

Konzeption liegt in Kopie bei.

Leistungsbeschreibung liegt in Kopie bei.

4.9 Hausordnung der stationären Einrichtung

liegt in Kopie bei.

4.10 Kopie der Baugenehmigung, Nutzungsänderung und Nutzungsfreigabe sowie die noch zu realisierenden Auflagen des örtlichen Bauordnungsamtes

liegt/liegen in Kopie bei.

4.11 Nachweis der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit

Sofern weder eine Vereinbarung nach SGB XI oder XII vorliegt, noch in Aussicht steht (s.o. Ziff. 4.1 - 4.4), ist nachzuweisen, dass die notwendigen Betriebsmittel für die Dauer von drei Monaten nach der Eröffnung vorhanden sind:

Tagessatz Pflegegrad 4 x Anzahl Pflegeplätze x 90 Tage =

Betriebsmittelbedarf Euro

Folgende **Vermögenswerte** sind vorhanden (z.B. Grundstücke, Betriebs- und Geschäftsausstattung, Bar- und Kontengelder, Forderungen; Kopien liegen bei):

Folgende **Verbindlichkeiten** sind vorhanden (z.B. Hypotheken, Darlehen, Versicherungsbeiträge, Lieferantenverträge; Kopien liegen bei):

4.12 Grundbuchauszug des zuständigen Amtsgerichts, aus dem Eigentumsverhältnisse und Belastungen der Einrichtung hervorgehen bzw. Miet- oder Pachtverträge

liegt in Kopie bei.

4.13 Bescheinigung vom Finanzamt, dass keine Steuerschulden vorhanden sind

liegt in Kopie bei.

4.14 Bescheinigung der Gemeinde, dass keine Rückstände bei gemeindlichen Steuern, Gebühren und Beiträgen bestehen

liegt in Kopie bei.

Hinweis:

Wer vorsätzlich oder fahrlässig eine Anzeige nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig erstattet, handelt ordnungswidrig und kann mit einer Geldbuße von bis zu fünfundzwanzigtausend Euro belegt werden.

Rechtzeitig ist die Anzeige nur dann, wenn alle geforderten Angaben bzw. Unterlagen spätestens drei Monate vor der Inbetriebnahme vorliegen.

Ort

Datum

Unterschrift des Trägers

Anlage zu Punkt 1.5 - Raumplan (Bitte fügen Sie die Grundriss - und Raumpläne bei.)

Haus/ Geschoss	Zimmer Nr.	Größe in m ²	Anzahl der Plätze	Verwendungszweck (z.B. Wohnzimmer, Pflegebad, Fäkalienspüle, Therapieaum)	Ausstattung (z.B. WC, Waschbecken, Dusche)