23AM513

Gemeinsamer

**Struktur - Erhebungsbogen**

der Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen

**zur Erlangung einer Anerkennung als Beratungsstelle gemäß**

**§ 37 Abs. 7 SGB XI**

(Bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen!)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Allgemeine Angaben** |  |
|  |  |  |
| 1.1 | Name der Beratungsstelle: |  |
|  |  |  |
|  | Straße: |  |
|  |  |  |
|  | Postleitzahl, Ort: |  |
|  |  |  |
|  | Datum der vorauss. Tätigkeitsaufnahme: |  |
|  |  |  |
|  | Leiter(in) der Beratungsstelle: |  |
|  |  |  |
|  | Tel.-Nr.: |  |
|  |  |  |
|  | Telefax: |  |
|  |  |  |
|  | E-Mail: |  |
|  |  |  |
|  | Internet: |  |
|  |  |  |
|  | Institutionskennzeichen (IK):  (vgl. Infos auf Seite 3) | ❑❑❑ ❑❑❑ ❑❑❑ |
|  |  |  |
| 1.2 | Träger der Beratungsstelle: |  |
|  |  |  |
|  | Rechtsform: |  |
|  |  |  |
|  | Gesetzlicher Vertreter/Funktion: |  |
|  |  |  |
|  | Straße: |  |
|  |  |  |
|  | Postleitzahl, Ort: |  |
|  |  |  |
|  | Tel.-Nr.: |  |
|  |  |  |
|  | Telefax: |  |
|  |  |  |
|  | Trägerschaft: | ❑ öffentlich  ❑ freigemeinnützig  ❑ privat |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.** | Leistungen | | | |
|  |  | | | |
| 2.1 | Von der Beratungsstelle werden folgende Beratungsleistungen erbracht: | | | |
|  |  | | | |
|  | ❑ | Beratungseinsätze für Pflegebedürftige in den Pflegegraden 1 bis 5 | | |
|  |  |  | | |
|  |  | | | |
| 2.2 | Der Träger der Beratungsstelle verpflichtet sich, ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebots vorzuhalten. | | | |
|  |  | |  |  |
|  | ❑ Ja | | ❑ Nein |  |
|  |  | |  |  |
| 2.3 | Für die von der Beratungsstelle durchgeführten Beratungsleistungen werden folgende | | | |
|  | Vergütungen abgerechnet: | | | |
|  |  | | | |
|  | * Werden nach § 37 Abs. 3 Satz 7 SGB XI jährlich durch die Landesverbände der Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen festgelegt | | | |
|  |  | | | |
| **3.** | **Ausstattung der Beratungsstelle** | | | |
|  |  | | | |
| **3.1** | Personelle Ausstattung | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Qualifikation\*** | **wöchentl. Arbeitszeit  (in Std.)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Bitte entsprechende Nachweise beifügen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.2** | **Organisatorische Voraussetzungen** | |
|  |  | |
|  | Von der Beratungsstelle sind folgende organisatorische Voraussetzungen nachzuweisen: | |
|  |  | |
|  | a) | Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft; |
|  |  |  |
|  | b) | ausreichende Versicherung über eine Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für  Personen-, Sach- und Vermögensschäden. |
|  |  |  |
|  | Bitte eine Kopie der entsprechenden Nachweise beifügen. | |

Der Antragsteller erklärt, dass die Beratungsstelle neutral und unabhängig arbeitet.

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |

|  |  |
| --- | --- |
| Bitte immer in Kopie beifügen: | |
|  |  |
|  | Aktuelles Führungszeugnis für die Leiterin/den Leiter und die Inhaberin/den Inhaber der Beratungsstelle |
|  |  |
|  | Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebots (vgl. Ziffer 2.2) |
|  |  |
|  | Zeugnisse oder Zertifikate zum Nachweis der Kompetenz der Berater (vgl. Ziffer 3.1) |
|  |  |
|  | Nachweis über die Mitgliedschaft in der zuständigen Berufsgenossenschaft  (vgl. Ziffer 3.2) |
|  |  |
|  | Nachweis einer ausreichenden Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (vgl. Ziffer 3.2) |
|  |  |
| Hinweise zum Antragsverfahren: | |
|  |  |
|  | Das Institutionskennzeichen ist beim Hauptverband der Berufsgenossenschaft e. V.,  Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen |
|  |  |