

Absender:

Hessisches Amt für
Versorgung und Soziales
Betreuungs- und Pflegeaufsicht

Straße

Ort

Geschäftszeichen: V/51

(falls bekannt)

Durchführung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)

**Anzeige einer bestehenden Tagesstätte
zur Betreuung erwachsener Menschen mit einer Behinderung oder mit einer
dementiellen Erkrankung**

1. Seit wann besteht die Tagesstätte:

2. Es besteht eine Leistungsvereinbarung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen:

- Ja
 Nein, sondern mit _____

3. Konzeptionelles Ziel der Tagesstätte ist die Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer

- seelischen Behinderung/psychische Erkrankung**
 geistigen Behinderung
 Suchterkrankung
 dementiellen Erkrankung

(Mehrfachnennung ist möglich)

4. Name und Anschrift der Betreiberin oder des Betreibers

Name:	
Rechtsform	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort, Ortsteil	
Telefon:	
Fax:	
Email:	
Internet:	

Beigefügte **Anlage 1** ist bei natürlichen Personen für den Betreiber auszufüllen, bei juristischen Personen ist sie für jede vertretungsberechtigte Person der Betreiberin/des Betreibers auszufüllen.

5. Name und Anschrift der Tagesstätte *

Name/Bezeichnung	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort, Ortsteil	
Telefon:	
Mobil:	
Fax:	
Email:	
Internet:	

** Falls von einem Betreiber mehrere Einrichtungen an verschiedenen Standorten betrieben werden, ist für jede Einrichtung eine separate Anzeige erforderlich*

6. Zahl der Mitarbeiterstellen

Anzahl	Wöchentliche Regelarbeitszeit einer Vollzeitkraft in Stunden

7. Wie viele Menschen werden in der Tagesstätte betreut?

8. Öffnungszeiten der Tagesstätte

9. Unter o.g. Anschrift wird auch eine Tagesförderstätte (gemäß § 136 Abs. 3 SGB IX) betrieben. Eine entsprechende Anzeige erfolgt gesondert.

Ja

Nein

Die Hinweise zum Datenschutz nach Anlage 2 habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift Betreiber/in bzw. der
vertretungsberechtigten Person

Anlage 1 zur Anzeige nach § 11 HGBP

Betreiber/in bzw. vertretungsberechtigte Person

(bei mehreren Personen bitte jeweils gesondert ausfüllen)

Name:	
Geburtsname:	
Sämtliche Vornamen:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Wohnanschrift:	
Geburtsname der Mutter ³ :	

³ Erforderlich als Identifikationsmerkmal bei Einholung von evtl. Registerauskünften (nur anlassbezogen)

Die Hinweise zum Datenschutz nach Anlage 2 habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift Betreiber/in bzw. der vertretungsberechtigten Person

Hinweise zum Datenschutz

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage von § 11 HGBP. Die Daten werden Bestandteil der Verwaltungsakte und werden elektronisch verarbeitet.

Die Anzeige- und Auskunftspflichten des Betreibers, der Einrichtungsleitung sowie der Leitung des Pflegedienstes ergeben sich aus §§ 11 und 14 HGBP.

Über den Betreiber bzw. die vertretungsberechtigte/n Person/en des Betreibers sowie über die Einrichtungsleitung und die Leitung des Pflegedienstes werden Auskünfte aus dem Bundeszentralregister eingeholt (Führungszeugnis gemäß § 31 Bundeszentralregistergesetz, Auskunft aus dem Gewerbezentralregister gemäß § 150 a Gewerbeordnung). Diese Auskünfte dienen der Zuverlässigkeit und Eignung des Betreibers sowie der Leitung im Sinne des § 9 HGBP i. V. mit § 1 Abs. 2 Ausführungsverordnung zum HGBP (HGBPAV).

Die personenbezogenen Angaben können gemäß § 21 Abs. 3 HGBP u. a. an die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie die Träger der Sozialhilfe übermittelt werden.