



Bezirksregierung Düsseldorf
Dezernat 34
Arbeitsmarkt- und
Sozialpolitische Förderprogramme
Am Bonnhof 35
40474 Düsseldorf

Landesinitiative Demenz-Service



Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus - vervollständigen Sie Ihr Geschäftszeichen, geben Sie das Berichtsjahr an und beantworten Sie jede Frage!

GZ: 34.04.01-60-

Tätigkeitsbericht für das Kalenderjahr

Träger des Angebotes (Name und Anschrift):

Name und Anschrift des Angebots (falls abweichend vom Träger)



Mit dem letzten Bescheid wurden bei Ihnen folgende Hilfe- und Betreuungsangebote nach § 45 b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI anerkannt (bitte ankreuzen ☒).

Hinweis:

Welche Angebote anerkannt sind, entnehmen Sie bitte Ihrem Anerkennungsbescheid.

1. Betreuungsgruppe für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Wo findet die Gruppenbetreuung regelmäßig statt (genaue Anschrift)?	
2. Helferinnen- und Helferkreis zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich	<input type="checkbox"/>
3. Tagesbetreuung in einer Kleingruppe / in Kleingruppen	<input type="checkbox"/>
4. Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer	<input type="checkbox"/>
5. familienentlastende und familienunterstützende Dienste (FeD/FuD)	<input type="checkbox"/>
6. Agentur zur Beratung und Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige und der sie Pflegenden	<input type="checkbox"/>
7. anderes niedrigschwelliges Betreuungsangebot , das Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der eigenen Häuslichkeit oder in Angeboten betreuten Wohnens ein selbstständiges Leben ermöglicht und die pflegenden Angehörigen entlastet	<input type="checkbox"/>
9. weitere Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen sowie Selbsthilfegruppen gemäß § 45d Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI	<input type="checkbox"/>

Die Zielgruppe unseres / meines Betreuungsangebotes sind (Mehrfachnennungen sind möglich) :

- Demenzkranke
- geistig Behinderte (Kinder, Jugendliche oder Erwachsene)
- psychisch Kranke
- Angehörige/ Bezugspersonen

1. Versorgungsvertrag

Haben Sie einen Versorgungsvertrag mit einer Pflegekasse geschlossen (z. B. als ambulanter Pflegedienst)?

Nein **Ja**

2. Voraussetzungen für die Anerkennung - ggfs. Anlage verwenden!

Aufgrund Ihrer Angaben im Antrag wurde Ihr Angebot als niedrigschwelliges Hilfe- und Betreuungsangebot nach § 45 b Abs. 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI anerkannt.

Hat sich hinsichtlich Ihrer damaligen Ausführungen eine Änderung ergeben?

Nein, gegenüber meinen damaligen Angaben hat sich nichts verändert.

Ja, es ist folgende Änderung eingetreten:

3. Art und Anzahl der Betreuungsfälle

Geben Sie bitte **nur** die Anzahl der **Pflegebedürftigen** (Pflegestufen 0 bis 3) mit eingeschränkter Alltagskompetenz (**Demenz, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung**) an! Tragen Sie die Anzahl der Betreuungsfälle bitte wie folgt ein:

- Bei der **Betreuungsgruppe** und der **Tagesbetreuung** (Ziffer 1 und 3) je Teilnehmer und je Teilnahme an der Gruppe. **Beispiel**: Gruppe mit 5 Teilnehmern an 45 Treffen im Jahr = 225 Betreuungsfälle
- Beim **Helferinnen- und Helferkreis**, der **Einzelbetreuung**, dem **FeD/FuD**, dem **anderen Angebot** und den **Selbsthilfegruppen** (Ziffer 2, 4, 5, 7 und 9.) je Einsatz unabhängig von der Dauer des Einsatzes in Stunden, also ob die Betreuung z.B. 2 Stunden oder 6 Stunden dauert. **Beispiel**: 3 Helferinnen betreuen an 30 Abenden je 1 Pflegebedürftigen zu Hause = 90 Betreuungsfälle
- Bei der **Beratungsagentur** (Ziffer 6) je Beratungsfall

anerkannter Angebotstyp siehe auch Seite 1 dieses Berichts Zutreffendes bitte ankreuzen ☒!	Anzahl der Betreuungs- / Beratungsfälle
<input type="checkbox"/> 1. Betreuungsgruppe mit mindestens 4 Pflegebedürftigen	
<input type="checkbox"/> 2. Helferinnen- und Helferkreis	
<input type="checkbox"/> 3. Tagesbetreuung - Gruppe mit höchstens 3 Pflegebedürftigen	

<input type="checkbox"/> 4. Einzelbetreuung im häuslichen Bereich	
<input type="checkbox"/> 5. Betreuung durch familienentlastende und familienunterstützende Dienste (FeD/FuD)	
<input type="checkbox"/> 6. Agentur zur Beratung und Vermittlung	
<input type="checkbox"/> 7. anderes niedrigschwelliges Betreuungsangebot ,	
<input type="checkbox"/> 9. weitere Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen sowie Selbsthilfegruppen gemäß § 45d Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI	

4. **Betreute Personen** aus Ziffer 3. - dieser Punkt **entfällt bei Beratungsagenturen!**

Bitte erfassen jede betreute Person nur einmal. Beispiel: Herr Müller kommt im Jahr 45-mal zu einer Betreuungsgruppe = 1 Person oder Frau Schmitz kommt im Jahr zweimal zu einer Betreuungsgruppe und einmal wird sie von einer Helferin zu Hause betreut = 1 Person

Wir betreuen

• demenzkrankte Pflegebedürftige (Pflegestufen 0 bis 3), nämlich insgesamt	Pers.
• Pflegebedürftige (Pflegestufen 0 bis 3) mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung , nämlich insgesamt	Pers.
davon Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre	Pers.
davon Pflegebedürftige über 18 Jahre	Pers.

5. **Das Betreuungsangebot kostet derzeit:**

<input type="checkbox"/> Betreuung zu Hause	Euro pro Stunde.
<input type="checkbox"/> Betreuungsgruppe	Euro pro Stunde.
<input type="checkbox"/> Tagesbetreuung	Euro pro Stunde.
<input type="checkbox"/> Es werden nur Beratungsleistungen im Rahmen der Anerkennung als Beratungsagentur (Angebotstyp Nr. 6.) erbracht.	
Die Beratung kostet	Euro pro Stunde.

6. Eingesetzte Fachkräfte bzw. fest angestelltes Betreuungspersonal- ggfs. Anlage verwenden!

Name, Vorname	
Qualifikation	
Berufserfahrung erworben durch	
Name, Vorname	
Qualifikation	
Berufserfahrung erworben durch	

Nur für Einzelanbieter mit Anerkennung nach Typ 7:

Die Betreuung erfolgt ausschließlich durch die Antragstellerin / den Antragsteller.

7. Eingesetzte ehrenamtliche Kräfte, ggfls. Anlage verwenden!

Ehrenamtliche Kräfte sind nicht Zivildienstleistende, Absolventen eines freiwilligen sozialen Jahres (oder ähnlichem), Absolventen eines Pflichtpraktikums im Rahmen der Ausbildung bzw. des Studiums oder geringfügig Beschäftigte.

Bei Art und Umfang der Qualifikation geben Sie bitte

- die Anzahl der Grundqualifizierungsstunden oder
- bei Betreuungspersonen, die über Berufserfahrung von mindestens 2 Jahren verfügen, die sie in den letzten 5 Jahren erworben haben, **Berufserfahrung** ein.

Tragen Sie bitte auch die Anzahl und Themen weiterer Fortbildungen oder Begleitmaßnahmen ein.

Name, Vorname	Art und Umfang der Qualifikation
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

8. aktueller Ansprechpartner beim Träger für Rückfragen:

(Name)	(Vorname)	
Erreichbar unter:	Telefonnummer: Internetadresse:	E-mail:

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift und
Stempel