



## Anerkennung, Beilage 1: Leistungsbeschreibung Tagesstruktur

(gemäss Qualitätsrichtlinien BL/BS 2025)

Gültig ab: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Gültig bis: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

**Bitte füllen Sie das Formular für die Tagesstruktur (Betreute Tagesgestaltung und Begleitete Arbeit) - und (nur) bei relevanten Abweichungen zwischen den Standorten zusätzlich jeweils pro Standort eines - aus.**

**Textstellen in kursiver Schrift sind entweder Hinweise oder Beispiele.**

<b>Trägerschaft</b>	<b>Name (mit Rechtspersönlichkeit) Anschrift der Trägerschaft</b>
<b>Leistung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Betreute Tagesgestaltung (BT)</b> <input type="checkbox"/> <b>Begleitete Arbeit (BA)</b>
Vereinbarte Kontingente: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kontingent TOTAL</li><li>▪ Davon Kontingent Behindertenhilfe (in IBB-Tagen)</li><li>▪ Davon Kontingent andere Kostenträger (in IBB-Tagen)</li></ul>	Kontingente und Tarife werden im Anhang zur Leistungsvereinbarung geregelt.
Zielgruppe / Leistungsbeziehende	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Übergeordnetes Ziel der Leistung Orientierung am Leitbild, Betriebs-Betreuungskonzept/ UN-BRK	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. <i>Zur Orientierung dienen das Leitbild, der Stiftungszweck, das Betriebs- und Betreuungskonzept etc.</i>
Umschreibung der Leistung	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. <i>Kurze und prägnante Beschreibung des Angebotes bezüglich Art der Unterstützung, Räumlichkeiten etc.</i>
Welche Leistungen werden gemäss Betreuungskonzept erbracht (siehe BHV, Anhang 1 „Leistungskatalog personale Leistungen, Lebensbereich Tagesstruktur“, BT und BA)?	Angeborene Unterstützungsleistungen bei (bitte gemäss untenstehenden Beispielen vollständig ausfüllen):  <input type="checkbox"/> <i>Alltägliche Lebensverrichtungen</i> <i>An-/Auskleiden.....</i> <i>Aufstehen / Absitzen / Abliegen / Fortbewegen zu Hause</i> <i>.....</i> <i>.....</i>  <input type="checkbox"/> <i>Tagesstruktur</i> <i>Arbeit / Beschäftigung</i> <i>.....</i> <i>.....</i>  <input type="checkbox"/> <i>.....</i> <i>.....</i> <i>.....</i>



## Amt für Sozialbeiträge

### ► Behindertenhilfe

	<input type="checkbox"/> Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben..... ..... .....  <input type="checkbox"/> Mittagsverpflegung (bitte ankreuzen, wenn ja) <input type="checkbox"/> Mittagsbetreuung (bitte ankreuzen, wenn ja)
Aufnahmekriterien	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Ausschlusskriterien	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Betriebs- und Öffnungstage pro Jahr	In Tagen
Öffnungszeiten	Die Institution <input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ist vormittags von X bis Y Uhr und nachmittags von X bis Y Uhr geöffnet.
Präsenzzeiten des Betreuungspersonals pro Tag (max. 24 Std.)	Von X bis Y Uhr vormittags und von X bis Y Uhr nachmittags ist die Begleitung durch Präsenzzeiten sichergestellt.
Pikettzeiten (Betreuung / Pflege) des Leistungsanbieters pro Tag	<input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. <i>z.B. nachts oder am Wochenende</i>
Standorte (Name und Adresse)	<b>Auflistung der Standorte:</b> <input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. <input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. <input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben. <input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Bemerkungen (z. B. Besonderheit des Leistungsanbieters und weiterer Angebote)	<input type="checkbox"/> Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<b>Hinweis:</b> Dieses Formular dient als Selbstdекlaration der Trägerschaft im Rahmen des Anerkennungsverfahrens. Bei inhaltlichen Änderungen oder relevanten Veränderungen während der Laufzeit der Anerkennung ist eine aktualisierte Version dieses Formulars mit rechtsgültiger Unterschrift der Trägerschaft einzureichen.	