**Anerkennung, Beilage 1: Leistungsbeschreibung Betreutes Wohnen**

Gültig ab: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Trägerschaft** | **Name (mit Rechtspersönlichkeit)****Anschrift der Trägerschaft** |
| **Leistung** | **Betreutes Wohnen (BW)** |
| Vereinbarte Kontingente:* Kontingent Behindertenhilfe (in IBB-Tagen)
* Kontingent andere Kostenträger (in IBB-Tagen)
 | *…………………………………………………………**…………………………………………………………..* |
| Zielgruppe / Leistungsbeziehende | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Übergeordnetes Ziel der Leistung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. *Zur Orientierung dienen das Leitbild, der Stiftungszweck, das Betriebs- und Betreuungskonzept etc.* |
| Umschreibung der Leistung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. *Kurze und prägnante Beschreibung des Angebotes bezüglich Art der Unterstützung, Räumlichkeiten etc.* |
| Welche Leistungen werden gemäss Betreuungskonzept erbracht *(siehe BHV, Anhang 1 „Leistungskatalog personale Leistungen, Lebensbereich Wohnen“)*? | Angebotene Unterstützungsleistungen bei *(bitte gemäss untenstehenden Beispielen vollständig ausfüllen):*☐*Alltägliche Lebensverrichtungen**An-/Auskleiden……………………………………* *Aufstehen / Absitzen / Abliegen / Fortbewegen zu Hause* ……………………………………………………..……………………………………………………..[ ]  *Haushalt**Administration*……………….…………………………………….……………….…………………………………….[ ]  ……………………………………………………..……………….…………………………………….……………….…………………………………….……………….…………………………………….[ ]  ……………………………………………………..……………….…………………………………….……………….…………………………………….……………….……………………………………. |
| Aufnahmekriterien | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ausschlusskriterien | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Betriebs- und Öffnungstage pro Jahr | In Tagen |
| Öffnungszeiten  | Die Institution Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ist von *X* bis *Y* Uhr geöffnet. |
| Präsenzzeiten des Betreuungspersonals pro Tag (max. 24 Std.) | Von *X* bis *Y* Uhr ist die Begleitung durch Präsenzzeiten sichergestellt. |
| Betreuung in der Nacht | [ ]  keine Nachtbetreuung[ ]  Nachtbereitschaft (telefonisch)[ ]  Nachtpikett (vor Ort)[ ]  Nachtwache (vor Ort, durchgehend wach)Falls Begleitung vor Ort:[ ]  ausgebildetes Fachpersonal (Agogik, Pflege)[ ]  kein Fachpersonal |
| Standorte (Name und Adresse) | *Auflistung der Standorte:*Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Bemerkungen (z. B. Besonderheit des Leistungsanbieters und weiterer Angebote) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |