**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. |