**Anerkennung, Beilage 1: Leistungsbeschreibung Betreute Tagesstruktur**

Gültig ab: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Bitte füllen Sie das Formular für die Betreute 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.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Trägerschaft** | **Name (mit Rechtspersönlichkeit)**  **Anschrift der Trägerschaft** |
| **Leistung** | **Betreute Tagesgestaltung (BT)**  **Begleitete Arbeit (BA)** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 Tagesstruktur“, BT und BA)*? | Angebotene Unterstützungsleistungen bei *(bitte gemäss untenstehenden Beispielen vollständig ausfüllen):*  ☐*Alltägliche Lebensverrichtungen*  *An-/Auskleiden……………………………………*  *Aufstehen / Absitzen / Abliegen / Fortbewegen zu Hause*  ……………………………………………………..  ……………………………………………………..  *Tagesstruktur*  *Arbeit / Beschäftigung*  ……………….…………………………………….  ……………………………………………………..  ……………………………………………………..  ……………….…………………………………….  ……………….…………………………………….  ……………………………………………………..  ……………….…………………………………….  ……………….…………………………………….  Mittagsverpflegung (bitte ankreuzen, wenn ja)  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 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 | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. *z.B. nachts oder am Wochenende* |
| 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. |