**Anerkennung, Beilage 1: Leistungsbeschreibung Betreutes Wohnen**(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 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   * Behindertenhilfe (in IBB-Tagen) * Davon Kontingent andere Kostenträger (in IBB-Tagen) | 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. *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. |
| **Hinweis:** Dieses Formular dient als Selbstdeklaration 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. | |