**Anerkennung, Beilage 1: Leistungsbeschreibung Ambulante Wohnbegleitung**

Gültig ab: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Trägerschaft** | **Name (mit Rechtspersönlichkeit)****Anschrift der Trägerschaft** |
| **Leistung** | **Ambulante Wohnbegleitung (AWB)** |
| Vereinbarte Kontingente:* Kontingent Behindertenhilfe (in FLS)
* Kontingent Sozialhilfe (in Plätzen)
 | *…………………………………………………………**…………………………………………………………..* |
| Vereinbarte Wegzone | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 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“)*?*Achtung: Bei der AWB gilt ausschliesslich anleitende bzw. begleitende (keine ausführende) Unterstützung als anerkannte Leistung!* | Angebotene Unterstützungsleistungen bei *(bitte gemäss untenstehenden Beispielen vollständig ausfüllen):*☐*Alltägliche Lebensverrichtungen**An-/Auskleiden……………………………………**Aufstehen / Absitzen / Abliegen / Fortbewegen zu Hause ….……………………………………...*……………………………………………………..……………………………………………………..*…….…………*…………………………………….……………….…………………………………….……………….…………………………………….[ ]  ……………………………………………………...……………….…………………………………….……………….…………………………………….……………….…………………………………….[ ]  ……………………………………………………...……………….…………………………………….……………….…………………………………….……………….……………………………………. |
| Aufnahmekriterien | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ausschlusskriterien | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Betriebs- und Öffnungstage pro Jahr | In Tagen |
| Begleitungszeiten vor Ort | *In Stunden pro Tag (z.B. Mo-Fr, 9.00-18.00)* |
| Telefonische Erreichbarkeitszeiten des Begleitungspersonals pro Tag (max. 24 Std.) | *Erreichbarkeitszeiten des Begleitungspersonals entsprechen Begleitungszeiten vor Ort oder weichen von diesen ab (Begründung), inkl. über Nacht oder Wochenende* |
| Standorte (Name und Adresse) | ☐ Wohnungen in Miete beim Leistungsanbieter  *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.  ……………………………………………………☐ Wohnungen in Miete auf dem freien Markt |
| Bemerkungen (z. B. Besonderheit des Leistungsanbieters und weiterer Angebote) | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |