



VI 4 / 33462/

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

## Erstantrag

auf Bewilligung einer staatlichen Zuwendung für die Förderung von  
„Betreuungsangeboten ehrenamtlich Tätiger und der Selbsthilfe“  
nach Teil 8 Abschnitt 7 der Verordnung zur Ausführung der  
Sozialgesetze (AVSG) für das Jahr \_\_\_\_\_

- Sorgenetzwerke
- Selbsthilfegruppen
- Selbsthilfeorganisationen
- Selbsthilfekontaktstellen
- Schulung ehrenamtlicher Helfer (§ 45 d SGB XI)

Beigefügt sind

- Projektbeschreibung
- Satzung, Vereinsregisterauszug
- Qualifikationsnachweise für die Fachkraft und/oder ehrenamtlichen Helfer
- Nachweis des Haftpflichtversicherungsschutzes
- Stundenplan für Schulung/Fortbildung

### I. Allgemeine Angaben

Antragsteller	
Anschrift (Straße, Haus Nr., PLZ, Ort, Telefon, Fax)	
E-Mail	
Spitzenverband/Landesverband	
Sitz der Betreuungsangebote ehrenamtlich Tätiger (Gemeinde, Landkreis, kreisfreie Stadt)	
Rechtsgeschäftlich verantwortlicher Vertreter	
Satzung, Vereinsregisterauszug	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor
Bankverbindung (Geldinstitut)	
IBAN	BIC
Höhe der beantragten Zuwendung:	_____ €

## II. Projektbeschreibung (ggf. auf ein Beiblatt)

--

## III. Sorgenetzwerke

Es wurden Angebote zur Unterstützung, allgemeinen Betreuung und Entlastung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen wie folgt angeboten:		
<b>Anzahl der ehrenamtlichen Helfer</b>	<u>      </u> <b>Helfer</b>	
<b>tatsächliche Gesamteinsatzstunden der Helfer</b> im Sinne der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) <i>(die namentliche Nennung der ehrenamtlichen Helfer erfolgt in der Anlage 1)</i>	<u>      </u> <b>Stunden</b>	
Die Einsatzlisten sind zu führen und werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt. Hier ist darauf zu achten, dass die <b>Gesamteinsatzstunden</b> anhand der einzelnen Einsatzlisten nachvollziehbar sind.		
<input type="checkbox"/> Ich/Wir bestätigen, dass die aufgeführten Gesamteinsatzstunden zur Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und der Angehörigen sowie zur Unterstützung und Ergänzung familiärer Pflegearrangements durchgeführt werden.		
<b>Name der Fachkraft:</b>	<b>Berufsbezeichnung</b>	<b>Qualifikationsnachweis liegt bei</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Fördervoraussetzungen

Ein Konzept zur Qualitätssicherung, aus dem sich ergibt, um welches ehrenamtliche Hilfsangebot es sich handelt, wie oft es stattfindet, wie viele ehrenamtlich Helfende, deren Schulung und Fortbildung in ihrer Arbeit gesichert ist, daran beteiligt sind, liegt bei und es wird erklärt, dass danach verfahren wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Betreuungsangebot ist auf Dauer ausgerichtet und die Betreuung wird regelmäßig und verlässlich angeboten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Es besteht ausreichender Versicherungsschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer haben eine angemessene Schulung (20 SE) erhalten, bzw. besitzen eine andereentsprechende Qualifikation und werden fortgebildet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### IV. Aufwandsentschädigung der ehrenamtlich Helfenden/Erhebung von Kostenbeiträgen

Die ehrenamtlich Helfenden erhalten pro Stunde eine pauschalierte Aufwandsentschädigung in Höhe von ►	Betrag in € _____
Von den Betroffenen wird ein Kostenbeitrag pro Stunde erhoben in Höhe von ►	Betrag in € _____

#### V. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfegruppen

Es handelt sich um einen freiwilligen, neutralen, unabhängigen und nicht gewinnorientierten Zusammenschluss von Personen, die entweder aufgrund eigener Betroffenheit oder als Angehörige das Ziel verfolgen, durch persönliche, wechselseitige Unterstützung, auch unter Zuhilfenahme von Angebote ehrenamtlicher sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen, die Lebenssituation von Pflegebedürftigen, von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu verbessern.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich/wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z. B. § 20 c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt.  Falls ja: In welcher Höhe? Für welschen Zweck:  Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid beifügen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### Gruppenarbeit wurde in folgendem Umfang durchgeführt:

Zahl der Gruppen	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Eröffnungsdatum der Gruppe/ Förderung seit:				
Zahl der Treffen				
Durchschnitt. Teilnehmerzahl je Gruppe				

Die unterschriebenen Teilnehmerlisten werden beim Träger 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt

Für die Teilnahme an der Selbsthilfegruppe werden Kostenbeiträge in Höhe von €Stunde in Rechnung gestellt.

**VI. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfeorganisationen**

Es handelt sich um einen Zusammenschluss verschiedener Selbsthilfegruppen zu einem Verband auf Landes- oder Bundesebene mit dem Zieleiner überregionalen Interessenvertretung. Ziel der Selbsthilfearbeit ist unter anderem die Unterstützung von Pflegebedürftigen und von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Die grundlegenden Anforderungen an die Organisation der Selbsthilfe, die neutrale Ausrichtung und Unabhängigkeit der Selbsthilfearbeit sowie die Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Ebenen analog den Regelungen der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20c SGB V in der jeweiligen Fassung werden eingehalten.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Ich/Wir erhalten Fördermittel von Krankenkassen (z.B. § 20c SGB V) oder von einem anderen Träger bzw. haben diese beantragt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In welcher Höhe? _____ €	
Für welchen Zweck? _____	
Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.	

**VII. Fördervoraussetzungen für Selbsthilfekontaktstellen**

Die Selbsthilfekontaktstelle berät auf örtlicher oder regionaler Ebene und bietet mit hauptamtlichem Personal Dienstleistungen zur methodischen Anleitung, Unterstützung und Stabilisierung von Selbsthilfegruppen an. Sie unterstützt diese aktiv bei der Gruppengründung oder in schwierigen Situationen durch infrastrukturelle Hilfen (Räume, Beratung oder supervisorische Begleitung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Die grundlegenden Anforderungen an die Organisation der Selbsthilfe, die neutrale Ausrichtung und Unabhängigkeit der Selbsthilfearbeit sowie die Aufgabenverteilung zwischen den einzelnen Ebenen analog den Regelungen der Grundsätze des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung der Selbsthilfe gem. § 20c SGB V in der jeweiligen Fassung werden eingehalten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

**VIII. Schulung/Fortbildung von Ehrenamtlichen**

Anzahl der Teilnehmer	Schulung 1 _____	Schulung 2 _____	Fortbild. 1 _____	Fortbild. 2 _____
Anzahl Schulungs-/ Fortbildungseinheiten (45 Min. pro Schulungs-/ Fortbildungseinheit)	Schulung 1 _____	Schulung 2 _____	Fortbild. 1 _____	Fortbild. 2 _____
<input type="checkbox"/> Ein <u>Stundenplan</u> , in dem der zeitliche Ablauf und der Inhalt der Schulungsmaßnahmen beschrieben wird, <u>liegt bei</u> .				

**Fördervoraussetzungen**

Die Schulungsmaßnahmen (20 SE)/Fortbildungseinheiten werden von fortgebildeten Pflegefachkräften oder von diplomierten und graduierten Sozialpädagogen oder Sozialarbeitern mit mehrjähriger einschlägiger Berufserfahrung oder vergleichbarer Vorbildung durchgeführt.

 ja  nein

Zu den Schulungsmaßnahmen erhalten wir Fördermittel von Pflegekassen (§ 45 SGB XI) oder anderen Stellen.

 ja  nein

Die in den Empfehlungen der Spitzenverbände vom 24.07.2002 in der Fassung vom 08.06.2009 festgelegten Schulungsinhalte (siehe Anlage 2) werden vermittelt.

 ja  nein
**IX. Ausgaben und Finanzierung für den Bereich „Betreuungsangebote ehrenamtlich Tätiger und der Selbsthilfe“**

(Sorgenetzwerke, Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfekontaktstellen, Schulungen)

**1. Ausgaben**

Personalkosten (einschließlich Arbeitgeberanteil)

- Fachkraft \_\_\_\_\_ €
- Auslagenersatz für ehrenamtliche Helfer \_\_\_\_\_ €

Sachkosten \_\_\_\_\_ €

Schulungs-/Fortbildungskosten \_\_\_\_\_ €

**Gesamt** \_\_\_\_\_ €

*Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das Fördermittel beantragt werden..*

**2. Finanzierung**

Eigenmittel (mind. 10 % der Gesamtausgaben) \_\_\_\_\_ €

Leistungsentgelte:

- Selbstzahler \_\_\_\_\_ €
- Sonstige \_\_\_\_\_ €

Zuschüsse:

- Pflegekasse \_\_\_\_\_ €
- Kommunen \_\_\_\_\_ €
- sonstige Stellen \_\_\_\_\_ €
- **ZBFS** \_\_\_\_\_ €

Sonstiges \_\_\_\_\_ €

**Gesamt** \_\_\_\_\_ €

*Die Betragsangaben werden für das Kalenderjahr benötigt, für das Fördermittel beantragt werden.*

## **X. Mittel der Arbeitsförderung bzw. kommunaler Zuschuss**

Ein Zuschuss der Kommune, bzw. Mittel der Arbeitsförderung für die unter den Ziffern III. – VI. genannten Angebote wurde beantragt.

ja  nein

Bei welcher Kommune, bzw. welcher Agentur für Arbeit?

---

Bitte den entsprechenden Bewilligungsbescheid vorlegen.

Hinweis: Werden die Leistungen des Freistaates Bayern für die unter den Ziffern III. – VI genannten Angebote durch freiwillige Leistungen der Kommune, bzw. durch Mittel der Arbeitsförderung erhöht, so verdoppelt die Pflegekasse sowohl den Zubehörsbetrag des Freistaates als auch den der Kommune und der Arbeitsförderung.

## **XI. Erklärung**

Weitere Deckungsmittel für diesen Zubehörszweck sind nicht vorhanden. Andere Fördermittel des Freistaates Bayern wurden bzw. werden für den gleichen Zubehörszweck nicht beantragt. **Eine Überfinanzierung liegt nicht vor.**

### **Weitere Erklärung von Familienentlastenden Diensten:**

Die geltend gemachten Personalkosten werden nicht bereits nach den Förderrichtlinien der „Offenen Behindertenarbeit“ gefördert.

---

Datum, Unterschrift des rechtsgeschäftlichen Vertreters

## Anlage 1

## Gruppen ehrenamtlich Tätiger

Folgende ehrenamtlich Tätige führen Betreuungen, zur Verbesserung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf und der Angehörigen sowie zur Unterstützung und Ergänzung familiärer Pflegearrangements, durch (ggf. auf gesondertes Beiblatt):

Name, Vorname des Ehrenamtlichen	Schulungs-, bzw. Qualifikationsnachweis	Gesamteinsatzstunden
1.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
2.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
3.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
4.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
5.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
6.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
7.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
8.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
9.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
10.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
11.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
12.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
13.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
14.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
15.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
16.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
17.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
18.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
19.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
20.	<input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> lag vor	
	<b>Gesamt</b>	



Anlage 2

## **Schulungsinhalte**

### **§ 90d Abs. 4 AVSG**

Fortgebildete Pflegefachkräfte im Sinne dieser Vorschrift sind Pflegefachkräfte, die eine anerkannte Fortbildung zur Angehörigenarbeit absolviert haben. Entsprechend den „Empfehlungen „ sind Schulung und Fortbildung der Helferinnen und Helfer hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt auf das jeweilige Betreuungsangebot auszurichten. Insbesondere sind folgende Inhalte zu vermitteln:

- Basiswissen über Krankheitsbild(er), Behandlungsformen und Pflege der zu betreuenden Menschen
- Situation der pflegenden Personen
- Umgang mit den Erkrankten, Erwerb von Handlungskompetenzen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressionen und Widerständen
- Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung  
Kommunikation und Gesprächsführung
- Reflexion der eigenen Rolle oder Selbstmanagement

Der Schulungsumfang sollte 20 Schulungseinheiten nicht unterschreiten.

Für ehrenamtlich Tätige, die einen Pflegeberuf ausüben oder ausgeübt haben, können Schulung und Fortbildung entfallen, sofern ein entsprechender Nachweis erbracht wird.