

Anlage 1

**Antrag
auf Gewährung einer Zuwendung**

Bewilligungsbehörde

Antrag auf Förderung der Entwicklung von Familienpflegediensten

1. Antragsteller/in	
Name/Bezeichnung	a) Träger b) Familienpflegedienst
Anschrift	Straße/Postleitzahl/Ort/Landkreis a) Träger b) Familienpflegedienst (ggf. Nebenstellen)
Ansprechpartner/in	Name/Telefon (Durchwahl) a) Träger b) Familienpflegedienst (ggf. Nebenstellen)
Bankverbindung Träger	Konto-Nummer
	Bankleitzahl
	Bezeichnung des Kreditinstituts

2. Maßnahme	Durchführungszeitraum	
Förderung der Entwicklung von Familienpflege- diensten	von	bis

3. Beantragte Zuwendung
Zu der v. g. Maßnahme wird eine höchstmögliche Zuwendung beantragt. Die Angaben zur personellen Besetzung ergeben sich aus der beigefügten Anlage

4. Erklärungen
Der/Die Antragsteller/in erklärt, dass 4.1 die in diesem Antrag (einschließlich Antragsunterlagen) gemachten Angaben vollständig und richtig sind, 4.2 mit der Maßnahme noch nicht begonnen wurde und auch vor Bekanntgabe des Zuwendungsbescheides nicht begonnen wird, soweit es sich nicht um die Fortführung begonnener Maßnahmen handelt und, bei im Beantragungszeitraum neu beginnenden Maßnahmen, erst nach vorheriger Zustimmung durch die Bewilligungsbehörde begonnen wird, 4.3 die Finanzierung der Maßnahme nicht auf andere Weise sicher gestellt werden kann, 4.4 die Stelle der Einsatzleitung mit einer fachlich qualifizierten hauptberuflichen Fachkraft besetzt ist, 4.5 die Einsatzleitung sich auf Familienpflegedienste erstreckt, in denen Fachkräfte vollzeitbeschäftigt oder teilzeitbeschäftigt sind sowie Ergänzungskräfte für die unmittelbare Familienpflege zur Verfügung stehen, 4.6 eine Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten, insbesondere mit den örtlichen ambulanten sozialpflegerischen Diensten, einschlägigen Beratungsstellen, Diensten und Einrichtungen der Jugend- und Familienhilfe sowie mit den in Betracht kommenden Behörden und Stellen wie vor allem Jugendamt, Sozialamt und Krankenkassen gewährleistet ist, 4.7 sich die örtlichen Träger der Familienpflegedienste, soweit mehrere vorhanden sind, auf eine verantwortliche Stelle als örtliche/regionale Einsatzleitung verständigt haben

.....
(Ort, Datum)

.....
(Rechtsverbindliche Unterschrift)

**Blatt 1 – auszufüllen von allen Beschäftigten
für voll- und teilzeitbeschäftigte Fachkräfte
sowie Ergänzungskräfte**

Anlage zu Nummer 3 des Antrags auf Gewährung einer Zuwendung

	Lfd. Nr.	Name Neubesetzung mit „N“ kenn- zeichnen	Berufsausbil- dung	Berufs- bzw. Leitungs- erfahrung seit ¹	Wöchentliche Arbeitszeit je Mitarbeiterin/ Mitarbeiter ²	Beschäftigt vom bis	Anstellungsträger (bei mehreren örtlichen Trägern von Familienpflegediensten) ³
Leitungsfachkraft							
Pflegefachkräfte sowie Ergänzungskräfte							

¹ Qualifikationsnachweise über Ausbildung und Berufserfahrung beifügen, falls diese noch nicht vorliegen.

² Sind in ambulanten sozialpflegerischen Diensten, Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter in mehreren Bereichen tätig, so sind hier die Arbeitszeiteile für den Bereich der Familienpflege einzutragen.

³ Arbeitsvertrag und Nachweis über die Kooperation sind beizufügen