An die Bezirksverwaltungsbehörde

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Betrifft: Antrag auf Genehmigung von Besuchsbegleitung**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Name der Wohngruppe | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Aktenzahl des/der Mj | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Die beantragende Einrichtungsleitung bestätigt, dass die für die jeweilige Leistungsart   
(z.B. Sozialpädagogische WG) benötigte Betreuungsstundenanzahl (z.B. 226 Betreuungsstunden)   
zur Gänze geleistet wird und die in diesem Formular beantragte Fachleistungsstundenanzahl zusätzlich zu den im Normtagsatz inkludierten Stunden durch Stundenaufstockung, Neuanstellung oder bezahlte Überstunden gesondert finanziert wird.

Im Falle einer Besuchsbegleitung durch Dritte wird der ambulante Träger vom stationären Träger beauftragt.

**Antrag auf Genehmigung der Leistung**

🡻 Hier klicken bzw. ankreuzen

🡻 Hier klicken bzw. ankreuzen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Angaben zur Besuchsbegleitung** | | | | |
|  | |  | | | |
| ***Anzahl* *maximale Stunden pro Monat*** | | Anzahl Fachleistungsstunden | | | |
|  | |  | | | |
| **Stunden werden geleistet durch** | | Name der/des Mitarbeiters/in oder des beauftragten ambulanten Trägers | | | |
|  | | **von** | | **bis** | |
| **Die Leistung wird beantragt** | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. | |
|  | |  | |  | |
|  | | |  | | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Unterschrift der Einrichtungsleitung | | |  | | Datum |