**Info-Blatt zur Haushaltshilfe durch die Assistenzagentur Bethel**

Datum:

**Anfragende Person:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse, Einrichtung, Gruppe/ Wohnungsadresse:

Ansprechpartnerin/ Ansprechpartner, Bezugsmitarbeiterin/ Bezugsmitarbeiter + Telefonnr.:

**Besonderheiten in der Betreuung:** (Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. unten erläutern)

Fremdaggression**\***,  Autoaggression**\***,  Weglauftendenz**\***,  blind,  gehörlos,  kann sich sprachlich nichtäußern,  (in-) aktive Epilepsie  mit Statusgefahr**\***,  Autismus,  Rollstuhl,  Einsatz v. Freiheitsentziehenden/ -einschränkenden Maßnahmen (Nachweis über Beschluss beifügen)  Rollator,  Infektionskrankheiten,  Masernschutz vorhanden,  benötigt Hilfestellung beim Toilettengang; Sonstiges:

(**\*** bitte unten unbedingt näher erläutern)

**Betreuungsdetails:**

Einsatzumfang:  Std. pro  Tag,  Woche,  14 Tagen,  Monat

Mögliche  Montag zwischen und Uhr und/oder

Einsatzzeiten:  Dienstag zwischen und Uhr und/oder

Mittwoch zwischen und Uhr und/oder

Donnerstag zwischen und Uhr und/oder

Freitag zwischen und Uhr und/oder

Samstag zwischen und Uhr und/oder

Sonntag zwischen und Uhr

Einmaleinsatz: Datum      , Uhrzeit

**Hinweise zur Assistenzperson: (hier bitte nur zwingend notwendige Angaben machen, da dies die Mitarbeitendenauswahl stark einschränkt!)**

Die Assistentin/ der Assistent **muss** unbedingt  männlich /  weiblich /  divers sein.

Die Assistentin/ der Assistent **muss** unbedingt  jünger /  etwa gleich alt /  älter sein.

Die Assistentin/ der Assistent **muss** unbedingt  Fachkraft sein:  pädagogisch /  pflegerisch

Führerschein unbedingt notwendig

Sonstiges

**Assistenzinhalte:**

Hauswirtschaftliche Tätigkeitsbereiche:

Sonstiges:

**Rechtfertigt die Assistenz einen erhöhten Stundenlohn, aufgrund der besonderen Belastung oder benötigter Qualifikation?**

(Besondere Belastung: z.B. regelmäßige Fremdaggression oder provokantes Verhalten, massive Weglauftendenz, permanentes Schreien/ Rufen etc.

Besondere Qualifikation: z.B. DLRG silber für Schwimmbegleitung, Spritzenschein, sozialrechtliche Kenntnisse, therapeutische Kenntnisse etc.)

nein  ja

**Die Rechnung wird beglichen durch:**

die Nutzerin/ den Nutzer selbst

Angehörige/ gesetzliche Betreuung für Finanzierungsangelegenheiten (bitte Bestellungsurkunde beifügen)

Name, Anschrift:

Kostenzusage von Stadt Bielefeld/ Job Center

die Betreuungseinrichtung, Kostenstelle

das Hausgemeinschaftskonto

eine sonstige Spende/Nachlass

**ACHTUNG: Bitte beachten Sie, dass wir keine direkten Leistungen der Pflegekassen (niederschwellige Betreuungsleistungen: Entlastungsbetrag/ zusätzliche Betreuungsleistungen) abrechnen können. Darüber hinaus stellen wir keine Krankheits- oder Urlaubsvertretungen bereit!**

**Weitere Anmerkungen, Hinweise, kulturelle und/ oder religiöse Besonderheiten:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dieses Feld ist von der Bereichsleitung/ gesetzlichen Betreuung auszufüllen:**

Die Beförderung der zu betreuenden Person muss durch eine zusätzliche Person erfolgen (Fahrerin/ Fahrer plus Zusatz-Begleitperson). Der vorhandene Rollstuhl ist zur Beförderung der zu betreuenden Person zugelassen. Abnehmbare Rollstuhldetails müssen während der Fahrt abmontiert werden. Das Fahrzeug muss eine eigene serienmäßige Kopfstütze vorweisen.  
  
 nein  ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift Bereichsleitung/ gesetzliche Betreuung