**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