

Absender:

Hessisches Amt für  
Versorgung und Soziales  
Betreuungs- und Pflegeaufsicht

*Straße*

*Ort*

**Geschäftszeichen: V/51**

*(falls bekannt)*

**Durchführung des Hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen (HGBP)**

**Anzeige einer bestehenden Tagesstätte  
zur Betreuung erwachsener Menschen mit einer Behinderung oder mit einer  
dementiellen Erkrankung**

**1. Seit wann besteht die Tagesstätte:**

**2. Es besteht eine Leistungsvereinbarung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen:**

- Ja  
 Nein, sondern mit \_\_\_\_\_

**3. Konzeptionelles Ziel der Tagesstätte ist die Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer**

- seelischen Behinderung/psychische Erkrankung**  
 **geistigen Behinderung**  
 **Suchterkrankung**  
 **dementiellen Erkrankung**

*(Mehrfachnennung ist möglich)*

#### 4. Name und Anschrift der Betreiberin oder des Betreibers

Name:	
Rechtsform	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort, Ortsteil	
Telefon:	
Fax:	
Email:	
Internet:	

Beigefügte **Anlage 1** ist bei natürlichen Personen für den Betreiber auszufüllen, bei juristischen Personen ist sie für jede vertretungsberechtigte Person der Betreiberin/des Betreibers auszufüllen.

#### 5. Name und Anschrift der Tagesstätte \*

Name/Bezeichnung	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort, Ortsteil	
Telefon:	
Mobil:	
Fax:	
Email:	
Internet:	

*\* Falls von einem Betreiber mehrere Einrichtungen an verschiedenen Standorten betrieben werden, ist für jede Einrichtung eine separate Anzeige erforderlich*

## 6. Zahl der Mitarbeiterstellen

Anzahl	Wöchentliche Regelarbeitszeit einer Vollzeitkraft in Stunden

## 7. Wie viele Menschen werden in der Tagesstätte betreut?

## 8. Öffnungszeiten der Tagesstätte

## 9. Unter o.g. Anschrift wird auch eine Tagesförderstätte (gemäß § 136 Abs. 3 SGB IX) betrieben. Eine entsprechende Anzeige erfolgt gesondert.

 Ja Nein

Die Hinweise zum Datenschutz nach Anlage 2 habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift Betreiber/in bzw. der  
vertretungsberechtigten Person

## Anlage 1 zur Anzeige nach § 11 HGBP

---

### Betreiber/in bzw. vertretungsberechtigte Person

(bei mehreren Personen bitte jeweils gesondert ausfüllen)

Name:	
Geburtsname:	
Sämtliche Vornamen:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Wohnanschrift:	
Geburtsname der Mutter <sup>3</sup> :	

<sup>3</sup> Erforderlich als Identifikationsmerkmal bei Einholung von evtl. Registerauskünften (nur anlassbezogen)

**Die Hinweise zum Datenschutz nach Anlage 2 habe ich zur Kenntnis genommen.**

Ort

Datum

Unterschrift Betreiber/in bzw. der  
vertretungsberechtigten Person

### **Hinweise zum Datenschutz**

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt auf der Grundlage von § 11 HGBP. Die Daten werden Bestandteil der Verwaltungsakte und werden elektronisch verarbeitet.

Die Anzeige- und Auskunftspflichten des Betreibers, der Einrichtungsleitung sowie der Leitung des Pflegedienstes ergeben sich aus §§ 11 und 14 HGBP.

Über den Betreiber bzw. die vertretungsberechtigte/n Person/en des Betreibers sowie über die Einrichtungsleitung und die Leitung des Pflegedienstes werden Auskünfte aus dem Bundeszentralregister eingeholt (Führungszeugnis gemäß § 31 Bundeszentralregistergesetz, Auskunft aus dem Gewerbezentralregister gemäß § 150 a Gewerbeordnung). Diese Auskünfte dienen der Zuverlässigkeit und Eignung des Betreibers sowie der Leitung im Sinne des § 9 HGBP i. V. mit § 1 Abs. 2 Ausführungsverordnung zum HGBP (HGBPAV).

Die personenbezogenen Angaben können gemäß § 21 Abs. 3 HGBP u. a. an die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie die Träger der Sozialhilfe übermittelt werden.