

**Individuelles Leistungsangebot/-vereinbarung nach dem Bayer. Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII (allgemein)**

<b>Leistungstyp:</b>	
----------------------	--

**Einrichtung**

**Träger**

<b>Name</b>	
<b>Straße</b>	
<b>PLZ und Ort</b>	
<b>Landkreis</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Fax</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Leitung</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	

<b>Name</b>	
<b>Straße</b>	
<b>PLZ und Ort</b>	
<b>Landkreis</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Fax</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Rechtsform</b>	
<b>Ansprechpartner</b>	

**Zusätzliche Leistungstypen in der oben genannten Einrichtung (nachrichtlich):**

Keine  folgende Leistungstypen:

Leistungstyp:	vereinbarte Platzzahlen

**Spitzenverband / Trägervereinigung**

--

**Status**

freigemeinnützig  öffentlich-rechtlich  Privat-gewerblich

**Nachrichtliche Darstellung des Leitbildes der Einrichtung (ggf. Anlage)**

--

## 1. Wesentliche rechtliche Grundlagen

- Sozialgesetzbuch – SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Sozialgesetzbuch – SGB XII, Sozialhilfe (insbesondere §§ 53 ff, 75 ff)
  - Eingliederungshilfe – Verordnung nach § 60 SGB XII
  - Bayerischer Rahmenvertrag zu § 79 Abs. 1 SGB XII
  - Ggf. Rahmenleistungsvereinbarung in der aktuell geltenden Fassung

## 2. Zielgruppe

### 2.1. Personenkreis

Ausführliche Informationen insbesondere zum betreuten Personenkreis ggf. Behinderungsart(en), ggf. Auswirkungen und Ausprägungen der Behinderungen, ggf. Hilfebedarf der Menschen mit Behinderung, ggf. Hilfebedarf der Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten. ggf. Hilfebedarfsgruppen, Altersgruppen, Geschlecht, Notwendigkeit der Leistung, ggf. Pflegestufen

--

### Ausschlusskriterien

Nicht aufgenommen werden folgende Personengruppen:

--

### 2.2. Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs

Basis ist eine Hilfebedarfsgruppe, sofern durch die Landesentgeltkommission keine Differenzierung nach Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf für den entsprechenden Leistungstyp vorgegeben wurden.

Hilfebedarfsgruppen	Anzahl der Leistungsberechtigten / Stichtag: .....
Hilfebedarfsgruppe 1	

### 2.3. Kapazität der Einrichtung

Anzahl der vorgehaltenen Plätze des Leistungstyps insgesamt

Anzahl der Gruppen

### 2.4. Zeitlicher Rahmen

2.4.1. Öffnungstage der Einrichtung pro Jahr

### 2.4.2. **Betreuungszeiten** (von ... bis ...)

Montag bis Donnerstag	
Freitag	
Samstag und Sonntag	
Nachtdienst (Nachtbereitschaft/Nachtwache)	
Feiertage und Schließtage der Tagesstruktur	
Urlaubs- und Krankheitszeiten der Betreuten, die von der Einrichtung abgerechnet werden	
Besonderheiten	

### 2.4.3. **Abwesenheitszeiten des Vorjahres** (nachrichtlich)

Summe der Urlaubs- und Krankheitszeiten außerhalb der Einrichtung	
--	--

## 3. **Aufnahmeverfahren**

Beschreibung des Aufnahmeverfahrens

--

## 4. **Leistung**

### 4.1. **Individuelle Ziele der Einrichtung**

--

### 4.2. **Art , Inhalt und Umfang der Leistung**

Konkrete Beschreibung der Leistungen der Einrichtung

--

## 5. **Qualität der Leistung**

### 5.1. **Strukturqualität**

#### 5.1.1. **Standort und Ausstattung**

➤ **Standort und Infrastruktur** (nachrichtlich)

--

➤ **Betriebsnotwendige Anlagen:  
Grundstücke und Gebäude einschließlich der Ausstattung**

--

➤ **Sonstige Räume einschließlich der Regelausstattung**

--

**5.1.2. Konzeption** (nachrichtlich beigefügt)

--

**5.1.3. Personalausstattung der Einrichtung**

Personalplan (Stichtagsbezogen wie Ziffer 2.2.)

	Planstellen Anzahl	Qualifikation	Personal- schlüssel 1 :
--	-----------------------	---------------	-------------------------------

**Leitung/Verwaltung**

<b>Leitung</b>			
<b>Verwaltung</b>			

**Fachdienst**

--	--	--	--

**Hauswirtschaft**

<b>Reinigung</b>			
<b>Küche</b>			
<b>Technischer Dienst</b>			

**Gruppenpersonal**

--	--	--	--

Der Träger verpflichtet sich, das vereinbarte Personal bei Änderung der Belegung und bei Änderung der Belegungsstruktur in den Hilfebedarfsgruppen in angemessenem zeitlichem Abstand an die vereinbarten Personalschlüssel anzupassen.

Bei Fremdvergabe dient der angegebene Schlüssel als Kalkulationsgrundlage. Nur die Leistungen des Gruppenpersonals können nicht fremd vergeben werden.

	Anzahl Bewohner	Individuelle Personal- schlüssel	Individuelle Planstellen
<b>Betreuungsdienst</b>			
Hilfebedarfsgruppe 1		1 :	
		1 :	
		1 :	
		1 :	
		1 :	

➤ **Ausführliche Begründung der Personalschlüssel**

--

#### 5.1.4. Beförderung

- Fahrdienste werden geleistet ja nein
- Die Einrichtung verfügt über einen eigenen Fuhrpark ja nein
- Es bestehen Verträge mit Beförderungsunternehmen/  
Fahrdiensten gemeinnütziger Einrichtungen ja nein

#### 5.1.5. Art und Anzahl der Fahrzeuge

Art	Anzahl
PKW	
Kombi	
Bus	
LKW	
Nutzfahrzeug	
Fahrzeuge mit Sonderausstattung	

#### 5.2. Prozessqualität

##### 5.2.1. Förderung

##### 5.2.2. Darstellung der Einbindung der betreuten Menschen in die Alltagsaufgaben

#### 5.3. Darstellung der angestrebten Ergebnisqualität

#### 6. Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung

#### 7. Salvatorische Klausel

Soweit einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung sich als ganz oder teilweise unwirksam erweisen, berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags als Ganzes grundsätzlich nicht. Die betreffende Regelung wird von den Vertragspartnern entsprechend dem inhaltlich Gewollten und rechtlich Zulässigen angepasst.

## 8. Laufzeit

---

ggf. Anlagen

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Förderplanung (bei Eingliederungshilfe)/ Dokumentation</b> (Formblätter) |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>nachrichtlich: Personaleinsatzplanung</b> (Formblätter Dienstplan)       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>nachrichtlich: Heimvertrag</b> (Formblätter)                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>nachrichtlich: Organigramm der Einrichtung</b>                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>nachrichtlich: Leitbild</b>  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <b>nachrichtlich: Konzeption</b>  |
|                                     | <b>Sonstiges:</b>   |
| <input type="checkbox"/>            |   |

## Angebot

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Einrichtungsträgers / Verbandes

V. 1.

## **Vereinbarung**

---

**Ort, Datum**

---

Sozialhilfeträger

---

Stempel und Unterschrift des Einrichtungsträgers / Verbandes