**Name und Anschrift des Antragssteller** Datum: .............................

………………………………………………………….. Telefon-Nr.: .............................

………………………………………………………….

………………………………………………………….

Sozialagentur Sachsen-Anhalt

Geschäftsbereich 5

Magdeburger Str. 38

06112 Halle (Saale)

**Veränderungsanzeige**

Wir möchten mitteilen, dass sich folgende Änderungen hinsichtlich unseres Angebotes ergeben haben:

1. **Ausbau zusätzlicher Angebote**
2. **Einstellung von Angeboten**
3. **Änderung der Fachkraft**
4. **Änderungen der leistungserbringenden Personen**
5. **Änderung Preis des Angebotes**
6. **Sonstige Änderungen (z. B. Adresse)**

**Zu I. Ausbau zusätzlicher Angebote**

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………..

Nachweise (Konzept, ggf. aktualisierte Haftpflichtversicherung, Mietvertrag etc.) sind beigefügt.

**Zu II. Einstellung von Angeboten**

Folgende Angebote wurden ab dem………………..eingestellt:

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

**Zu III. Änderung der Fachkraft**

[ ] *Wechsel der Fachkraft*

[ ] *Ersatz wegen Ausfall einer Fachkraft über einen längeren Zeitraum*

Name …………………………….…………………………………………………………..

Qualifikation (Nachweis beifügen)…………………………………………………………

Einsatz ab ……………………….…………………………………………………………..

Name der ausgeschiedenen Fachkraft………………………/ Austrittsdatum: …….....

Einsatz erfolgt

 [ ]  ehrenamtlich

 [ ]  geringfügig (Nachweis Einhaltung Mindestlohn)

 [ ]  sozialversicherungspflichtig (Nachweis Einhaltung Mindestlohn)

**Zu IV. Änderungen leistungserbringenden Personen,**

Leistungserbringende Personen, die sozialversicherungspflichtig, geringfügig beschäftigt

oder ehrenamtlich tätig sind, haben **vor der Erbringung der Tätigkeit** eine erforderliche

Qualifikation vorzuweisen. Für den Nachweis sowie Inhalt und Umfang der Qualifikation ist der Vordruck „Qualifikationsnachweis gem. PflBetrVO“ zu verwenden.

Hinweis: Personen mit einer höherwertigen Qualifikation z.B. als Fachkraft i.S.d. § 2 Abs. 1 oder einer 160 Stunden je 45 Minuten umfassende Qualifizierung auf der Grundlage der Richtlinien nach § 53b SGB XI ist der Nachweis beizufügen.

Name ………………………………………….……………………………………………..

Qualifikation (Nachweis beifügen)…………………………………………………………

Einsatz ab ……………………….…………………………………………………………..

Einsatz erfolgt

 [ ]  ehrenamtlich

 [ ]  geringfügig (Nachweis Einhaltung Mindestlohn)

 [ ]  sozialversicherungspflichtig (Nachweis Einhaltung Mindestlohn)

**Zu V: Änderung des geforderten Entgeltes pro Stunde, ab dem:**

Hinweis: Sollte die Entgelte sich über den gesetzlichen Entgelten bewegen ist zwingend eine Kalkulation zum Stundenverrechnungssatz einzureichen.

Einzelstunde (Betreuung maximal 30,00 €) : €

Gruppenbetreuung (maximal 20,00 €) : €

Dienstleistungen (max. 25,00 € / für die Betroffenen) : €

hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen

(max. 25,00 € / mit den Betroffenen) : €

Fahrtkosten § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes) : €

Hinweis: Eine pauschale Erhebung von Fahrtkosten (z. b. 5€ pro Fahrt) ist nicht möglich. Die abrechenbare Fahrtkostenerstattung beträgt 0,20 € je zurückgelegtem Kilometer der Fahrtstrecke.

**Zu VI Sonstige Änderungen**

**…………………………………………………………………………………………………………..**

Name der / des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben:

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ort, Datum rechtsverbindliche Unterschrift Antragsteller/in