|  |  |
| --- | --- |
| An dieAbteilung 11 – Fachabteilung Soziales und ArbeitReferat BehindertenhilfeHofgasse 128010 Graz |  |
| **Für Rückfragen:**Tel: (0316) 877-3638E-Mail: behindertenhilfe@stmk.gv.at |
| Eingangsstempel |

# Einrichtungen der Behindertenhilfe



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bitte beachten Sie:** | **\*** | **Angabe erforderlich** | **i** | **Information zum Ausfüllen** | [x]  | **Zutreffendes ankreuzen** |

**Antrag auf**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Erteilung einer **Betriebsbewilligung** gemäß § 44a StBHG **i** |

**i Betriebsbewilligung gemäß § 44a StBHG:** Bewilligung auf Betrieb einer Einrichtung

|  |
| --- |
| Angaben Antragsteller:in |
| Name/Bezeichnung | **\*** | **i** |       |
| Rechtsform | **\*** |  |       |  | Registrierungsnummer | **\*** |  |       |

**i Name/Bezeichnung** des Leistungserbringers laut Firmenbuch, Unternehmensregister oder Vereinsregister.

|  |
| --- |
| Adresse/Kontakt |
| Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |  |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | \* |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail |  |  |       |
| Homepage |  |  |       |

|  |
| --- |
| Vertretungsbefugte Kontaktperson i |
| Familienname | **\*** |  |       | Akadem. Grad | **\*** |  |       |
| Vorname | **\*** |  |       |
| Funktion | **\*** |  |       |
| Telefon | **\*** |  |       | E-Mail |  |  |       |
| Mobiltelefon |  |  |       | Fax |  |  |       |

**i** Es ist die **Person** zu benennen, welche laut Registerauszug vertretungsberechtigt ist. Sollte eine andere als im Register ersichtliche Person **vertretungsberechtigt** sein, ist dieser Person eine Vollmacht auszustellen, aus der der Vertretungsumfang ersichtlich ist.

|  |
| --- |
| **A.** |
| [ ]  | **Neubewilligung** (Neuerrichtung und Zu- und Umbauten) |
| Name des Standortes | **\*** |  |       |
| Straße / Haus/Tür, PLZ / Ort | **\*** |  |       |
| geplanter Baubeginn | **\*** |  |       | geplante Fertigstellung | \* |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Standortwechsel** (Adressänderung) |
| **von** Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |  |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | \* |  |       |
| **nach** Straße | **\*** |  |       | Hausnummer/Tür | **\*** |  |       |
| Postleitzahl | **\*** |  |       | Ort | \* |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Platzerweiterung** (zusätzliche Betreuungsplätze) |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **zusätzliche Leistung** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Leistungsänderung (Individualbescheid)** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Sonstiges:**       |

|  |
| --- |
| **B.** |
| Standort und Umgebung | **\*** | **i** |       |
| Einrichtungsgröße | **\*** |  |       m² |

i Beschreibung der Lage(n) sowie örtliche(n) und infrastrukturelle(n) Gegebenheit(en)

|  |
| --- |
| **C.** |
|  |  |  | ***Anzahl der Betreuungsplätze*** |  | ***Anzahl derBetreuungsplätze*** |
| stationäre Leistungsart(en) | **\*** | Anzahl gesamt |       | Anzahl gesamt |       |
| [ ]  WH BHG |       | [ ]  WH PSY |       |
| [ ]  WH BHG Kurz |       | [ ]  TZW PSY |       |
| [ ]  TW BHG |       | [ ]  SPWG PSY |       |
| [ ]  TBEW BHG |       |  |  |
| teilstationäre Leistungsart(en) | **\*** | [ ]  B&F BHG |       | [ ]  BT PSY |       |
| [ ]  TaB BHG |       | [ ]  BT PSY Std |       |
| [ ]  TS-WH BHG |       |  |  |

**Datenschutzrechtliche Bestimmungen**

|  |
| --- |
| Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir bekanntgegebenen Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet werden und zum Zweck der Abwicklung des von mir eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung verarbeitet werden.Ich habe die allgemeinen Informationen* + zu den mir zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit;
	+ zum mir zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde;
	+ zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten auf der Datenschutz-Informationsseite (https://datenschutz.stmk.gv.at) gelesen.

Mit diesem QR-Code kommen Sie direkt zur dieser Datenschutz-Informationsseite im Internet: |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum, Unterschrift der vertretungs- und zeichnungsberechtigten Person |  |
|       |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Beilagen  |
| **Bezeichnung der Beilage** | **keineBeilage** | **wird nachge­reicht** | **bei­liegend** |
|  | Registerauszug (Firmenbuch, Unternehmensregister, Vereinsregister) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Vollmacht (falls vorhanden) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Betriebskonzept (§ 46 StBHG, Anforderungen lt. LEVO-StBHG) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Organigramm | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Leitbild | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Pädagogisches bzw. Pädagogisch-sozialpsychiatrisches Betreuungskonzept | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Gewaltschutzkonzept | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Sexualpädagogisches Konzept | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Fachpersonal (Excelliste und Qualifikationsnachweise aller Mitarbeitenden) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Umsetzungsbericht der Maßnahmen(brandschutztechnische Beschreibung, Krisenvorsorgekonzept, Notstromversorgung) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Fertigstellungsanzeige oder Benützungsbewilligung nach baurechtlichen Bestimmungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  | Sonstige Beilage: |       | [ ]  | [ ]  | [ ]  |