|  |  |
| --- | --- |
| An die  Abteilung 11 – Fachabteilung Soziales und Arbeit  Referat Behindertenhilfe  Hofgasse 12  8010 Graz |  |
| **Für Rückfragen:**  Tel: (0316) 877-3638  E-Mail: behindertenhilfe@stmk.gv.at |
| Eingangsstempel |

# Einrichtungen der Behindertenhilfe



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

**Antrag auf**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Erteilung einer **Errichtungsbewilligung** gemäß § 44 StBHG **i** |
|  | **Anerkennung** als Einrichtung der Behindertenhilfe gemäß § 47 StBHG **ii** |

**i Errichtungsbewilligung gemäß § 44 StBHG:** Bewilligung der Errichtung einer Einrichtung

**ii Anerkennung als Einrichtung der Behindertenhilfe gemäß § 47 StBHG:** Anerkannte Einrichtungen können mit dem Land den festgelegten Tagsatz für die zu erbringende Hilfeleistung verrechnen

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 der Betreuungsplätze*** |
| 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** | | | | | **keine Beilage** | | | **wird nachge­reicht** | | | **bei­liegend** | | |
|  | | Registerauszug (Firmenbuch, Unternehmensregister, Vereinsregister) | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Vollmacht (falls vorhanden) | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | ***Errichtungsbewilligung gemäß § 44 StBHG*** | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Nachweis über die Verfügungsberechtigung (Kauf-, Miet-, Pacht-, Baurecht-Vertrag) | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Betriebskonzept (§ 46 StBHG, Anforderungen lt. LEVO-StBHG) | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | Organigramm | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | Leitbild | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | Pädagogisches bzw. Pädagogisch-sozialpsychiatrisches Betreuungskonzept | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | Gewaltschutzkonzept | | | |  | | |  | | |  |
|  | | | Sexualpädagogisches Konzept | | |  | | |  | | |  | |
|  | | Baubescheid mit den genehmigten Planunterlagen | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Raumbedarf/Raumauflistung | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Brandschutztechnische Beschreibung | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Krisenvorsorgekonzept | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Konzept für Notstromversorgung | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | ***Anerkennung gemäß § 47 StBHG*** | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | Nachweis der gemeinnützigen Betriebsführung iSd §§ 34ff BAO (insb. durch eine der nachfolgenden Dokumente) | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | * Rechtsgrundlage entsprechend der Rechtsform (Satzung, Gesellschaftsvertrag, Vereinsstatuten) | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | * Jahresabschluss des letzten Geschäftsjahres | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | * Bescheid der Spendenbegünstigung gemäß § 4a EstG 1988 | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | | Sonstige Beilage: |  | |  | | |  | | |  | |