# Leistungsbeschreibung für ambulante Hilfen der Kinder- und Jugendhilfe Achtes Sozialgesetzbuch

|  |  |
| --- | --- |
| in Form von | § SGB VIII |
| **Stand** (Datum**):**  |  |

1. **Angaben zum Träger**

|  |  |
| --- | --- |
| Träger: |  |
| Adresse: |  | Telefon: |  |
| Mobil: |  |
| Fax: |  |
| Mail: |  |
| Homepage: |  |
| Rechtsform: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Spitzenverband: |  |

Organigramm (siehe Anlage)

|  |
| --- |
| Leistungen des freien Trägers im Überblick: |
| zum Beispiel |
| * ambulante Leistungen zum Beispiel § 30, § 31 (Sozialpädagogische Familienhilfe) Achtes Sozialgesetzbuch
 |
| * therapeutische Leistungen gemäß § 27/ 3 Achtes Sozialgesetzbuch
 |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Beschreibung des Einzelangebots**
	1. Kurzbeschreibung

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung des Angebotes: |  |
| Adresse der Einrichtung: | bitte die Adresse des Trägers zur Leistungserbringung im Landkreis Oberhavel angeben |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| Mail: |  |
| Mobil: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechtsgrundlage des Angebots:  | zum Beispiel §§ 27/3, 27/30, 27/31, 27/35 Achtes Sozialgesetzbuch |
| Kontaktdaten: |  |
|  | Kontaktperson: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| Mail: |  |
| Mobil: |  |
| Anschrift: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Kapazität: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Einzugsgebiet | PG1 [ ]  (Hennigsdorf, Kremmen, Oberkrämer, Velten) PG2 [ ]  (Leegebruch, Oranienburg) PG3 [ ]  (Birkenwerder, Glienicke/Nordbahn, Hohen Neuendorf, Mühlenbecker Land)PG4 [ ]  (Fürstenberg/Havel, Amt Gransee und Gemeinden, Liebenwalde, Löwenberger Land, Zehdenick) |
| Sonstiges zum Einzugsgebiet |  |
| Leistungserbringung: | Aufsuchend [ ]  (beim Klienten Vorort)Nichtaufsuchend [ ]  (am Standort des Trägers) |

Zielgruppe:

[ ]  männlich

[ ]  weiblich

[ ]  divers

[ ]  Personensorgeberechtigte

☐ Familien

☐ Verwandte

|  |
| --- |
| rgrg  |

[ ]  mit Behinderung:

|  |
| --- |
| rgrg  |

[ ]  Sonstiges:

Alter der Zielgruppe:

[ ]  0-4

[ ]  4-18

[ ]  14-18

[ ]  Volljährige

|  |
| --- |
| rgrg  |

[ ]  Sonstiges:

|  |
| --- |
| Aufnahmekriterien/ Problembereiche: |

[ ]  Autismus

[ ]  Bindungsstörung

[ ]  Delinquenz

[ ]  Distanzlosigkeit

[ ]  Doppeldiagnose

[ ]  Entwicklungsverzögerung

[ ]  Essstörung

[ ]  Gewalt

[ ]  Migration

[ ]  seelische Behinderung

[ ]  Selbst- und Fremdgefährdung

[ ]  sexueller Missbrauch

[ ]  Sucht/ Drogen

[ ]  Suizidalität

[ ]  Trebegänger

[ ]  U-Haft-Vermeidung

[ ]  Verhaltensauffälligkeit

[ ]  Verwahrlosung

[ ]  Schulprobleme/Verweigerung

|  |
| --- |
|  |

[ ]  Sonstiges:

|  |
| --- |
| Ausschlusskriterien: |

[ ]  fehlende deutsche Sprachkenntnisse

[ ]  geistige Behinderung

[ ]  körperliche Behinderung

[ ]  psychische Erkrankung

[ ]  Selbst-/ Fremdgefährdung

[ ]  Sucht/ Drogen

|  |
| --- |
| rgrg  |

[ ]  Sonstiges:

* 1. **grundsätzliches Selbstverständnis**

zum Beispiel:

* pädagogisches Leitbild,
* pädagogische Zielsetzung,
* Weltanschauung
	1. **In welcher Fremdsprache kann die Leistung angeboten werden?**

|  |
| --- |
|  |

1. **Leistungsbeschreibung**
	1. **methodische Grundlagen/fachliche Ausrichtung**

(kurz in Stichworten)

zum Beispiel

* Differenzierung der pädagogischen Zielsetzung
* Dauer der Maßnahme
* heilpädagogische Ausrichtung
* Lebensweltorientierung
* systemische Ansätze
* sonstige sozialpädagogische Methoden
	1. **Leistungsbereiche**
		1. **Grundleistungen**

|  |
| --- |
| örtliche Gegebenheiten, Bewirtschaftung |

zum Beispiel

* Ort der Leistungserbringung
* sozialräumliche Vernetzung (zum Beispiel Schulen, Kita, Ärzte, Kliniken Vereine …)
* Raumangebot, Außenanlagen
* Behindertengerechte Ausstattung

|  |
| --- |
| Personal |

zum Beispiel

* **Personalbesetzung**

**Bitte beachten Sie die Anlage 1 Qualifikationsübersicht für ambulante Hilfen und füllen diese Übersicht aus!**

* vorgesehenes Betreuungssetting,
* Wirtschaftsbereich
* Leitung
* Verwaltung
* Erreichbarkeit des Trägers, z.B. von Mo – Fr von 10 – 16 Uhr unter Tel. ……….
* In welchen Zeitraum wird die Leistung/Hilfe erbracht, z.B. von Mo –So in der Zeit von 06:00 bis 22:00 Uhr

**sozialpädagogische/ therapeutische Leistungen**

|  |
| --- |
| 1. Leistungen im Vorfeld
 |

zum Beispiel

* Bearbeitung von Anfragen
* Fallberatung im Fachteam
* Vorstellung des Trägers bei Klienten
* Klärung Beschulung, Kitabesuch, …

|  |
| --- |
| 1. Leistungen zu Beginn
 |

zum Beispiel

* Diagnostik, Anamnese, Arztkonsultation

|  |
| --- |
| 1. Leistungen im Verlauf ohne Punkt d)
 |

zum Beispiel

* Alltag/ Setting
	+ Gewährleistung der Fürsorge- und Aufsichtspflicht
	+ Alltagsbewältigung
	+ gestaltete Beziehungen und Bezüge
	+ wiederkehrende Rhythmen
	+ schulische und gesundheitliche Betreuung
	+ Vernetzung mit sozialräumlichen Angeboten
	+ individuelle Förderung
	+ Förderung individuelle Stärken sowie sportlicher, musischer, handwerklicher und lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten
	+ Bezugsbetreuersystem
	+ **Eltern- und Familienarbeit**
	+ auf den Bedarf abgestimmte Leistungen der Eltern- und Familienarbeit
	+ allgemeine sozialpädagogische Leistungen (gruppenübergreifend)
	+ Beratung und Supervision
	+ Leitung und Verwaltung
	+ Beteiligung an Hilfeplangesprächen
	+ Krisenintervention
	+ Einbindung externer Fachdienste
	+ schulische Betreuung
	+ gesundheitliche Betreuung

|  |
| --- |
| 1. besondere Leistungsbereiche/Ausrichtung als Bestandteil der Grundleistung
 |

individuelle Sonderleistungen zum Beispiel:

* + Doppelbesetzung
	+ Clearing
	+ Diagnostik
	+ sozialpädagogische und therapeutische Leistung
	+ erlebnispädagogische Maßnahmen
	+ psychologische Leistungen
	+ systematische und kontrollierbare Einflussnahmen
	+ Integration psychologischer und psychotherapeutischer Leistungen
	+ Problemanalysen/ Begleitung bei Krisenintervention

|  |
| --- |
| 1. Leistungen bei Beendigung
 |

zum Beispiel

* Vermittlung und Überleitung in Nachfolgeangebote/
	+ 1. **Zusatzangebote über Module zur Ergänzung des Angebots der Grundleistungen im Einzelfall**

|  |
| --- |
| gesonderte Beschreibung der Leistung einschließlich Personal und Sachmitteln,Beispiele siehe oben unter 3.2.1. d) |

* 1. **Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung**
	2. **Beschwerdemanagement**
	3. **Partizipation**
	4. **Kinderschutz**

**Die Leistungsbeschreibung sollte max. 20 Seiten umfassen (bitte in Schriftgröße 11 Arial)!**

Anlage 1

|  |
| --- |
| **Qualifikationsübersicht für ambulante Hilfen** |
| **Name und Adresse der freien Träges der Jugendhilfe:** |
| **Hilfeart**: **§ SGB VIII** |  |
|  | **berufliche Grundqualifikation**  **bitte konkret benennen** | **Art der staatlichen Anerkennung**  |  **Zusatzqualifikation** | **Bemerkung** |
| 0 | Beispiele:ErzieherHeilerziehungspflegerBachelor Soziale ArbeitDiplom-Sozialpädagoge (HS)Diplom-Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH)  | Erzieher Sozialpädagoge  | autismusspezifische Zusatzausbildung,systemische Therapie | z. B. eingschränkte Einsatzmöglichkeiten |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ich versichere, dass die Nachweise für die oben aufgeführten Qualifikationen des in der oben genannten Hilfeform eingesetzten Personals und die erweiterten Führungszeugnisse nach § 30 a Abs. 1 des Bundeszentralregistergesetzes (BZRG) vorliegen.

Datum Name in Druckschrift Unterschrift