# 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:  Erzieher  Heilerziehungspfleger  Bachelor Soziale Arbeit  Diplom-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