

Anlage 1a

Änderungs-/Ergänzungsmeldung für Leistungserbringer mit einer Vereinbarung nach § 45 SGB XI  
für Pflegekurse zur Nachbarschaftshilfe gemäß der ThürAUPAVO

Für nachfolgend genannte Einrichtung wird ab ..... folgende Änderung/Ergänzung nachgemeldet:

Änderungen/Ergänzungen <sup>1</sup>

Name der Einrichtung		Name des Trägers	
Straße	PLZ/Ort	Straße	PLZ/Ort
Tel.-Nr./Fax.-Nr.	E-Mail	Tel.-Nr./Fax.-Nr.	E-Mail
Ansprechpartner für Kurse			
Kursangebote sind zugänglich über (Internetadresse):			
IK-Nummer Kurseinrichtung (Bitte immer ausfüllen!):			

Änderungen Kursorte

Vorgesehene Orte an denen Pflegekurse zukünftig angeboten werden sollen (Bitte Angabe wie folgt: PLZ, Ort, Straße, Raumgröße):

.....

.....

Wegfall eines bestehenden Kursortes:

.....

.....

<sup>1</sup> nicht Zutreffendes bitte streichen/Eintragungen bitte an der entsprechenden Stelle vornehmen

Kursleitung

☐ Änderung      ☐ Ergänzung (weitere Kursleitung)      ☐ für Hauptkursleitung      ☐ für Stellvertretung

Bitte füllen Sie die folgenden Tabellen vollständig aus. Sofern Sie diese Angaben nicht durch Kreuz geben können, erklären Sie unter der Rubrik „Zusatzqualifikation“ die Eignung des Kursleiters/stellvertretenden Kursleiters (welche zusätzlichen beruflichen Tätigkeiten, Aufgaben und Kompetenzen liegen vor).  
Mit Anlage 1a zur Vereinbarung haben Sie die Möglichkeit weitere Ergänzungen/Änderungen zu den aktuellen Gegebenheiten entsprechend anzuzeigen.

Die Hauptkursleitung verfügt über folgende fachliche Qualifikationen:									
Name:				Vorname:				Geburtsdatum:	
a) Berufsbezeichnung					b) Berufserfahrungen				
			ja	nein			ja	nein	
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen,					mindestens 2 Jahre psychiatrische, gerontopsychiatrische oder heilpädagogische Erfahrung in einem der unter a) genannten Berufe innerhalb der letzten 8 Jahre verfügen				
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen									
Altenpfleger/-innen									
Gerontologen/-innen									
Soziologen/-innen					Die <ul style="list-style-type: none"><li>Kopien zur Berufserlaubnis sowie</li><li>die Nachweise zur Berufserfahrung gem. Eintragungen in der Tabelle (mind. für 2 Jahre innerhalb der letzten 8 Jahre) <u>müssen</u> beim Kursanbieter vorliegen. Die Pflegekasse (Kostenträger) kann auf Verlangen von diesen Unterlagen Kopien anfordern.</li></ul>				
Sozialpädagogen/-innen									
Heilpädagogen,									
Heilerziehungspfleger									
Diplom Pflegewirte/-innen									
Sozialarbeiter/-innen									
Psychologen/-innen									
Pädagogen									
Konkrete Angaben zur Berufserfahrung der Kursleitung					auf dem Gebiet			Zusatzqualifikationen	
von	bis	als	wo		Psych.	Gerontopsych.	Heilpäd.		

[illegible]

### Kursräumlichkeiten/Sachmittelausstattung

Die Kursräumlichkeiten sind ansprechend sowie ausreichend groß und umfassen grundsätzlich mindestens 25 qm.

☐ Ja

☐ Nein

Gleichfalls sind die Räume mit allen notwendigen Demonstrations- und Moderationsmitteln ausgestattet.

☐ Ja

☐ Nein

**NUR !!** durch Antragsteller nachzuweisen, die kein Pflegedienst/Bildungsträger sind => **Nachweis (z.B. Anmeldung Gewerbeamt) der freiberuflichen Tätigkeit** liegt vor und wird in Kopie der Pflegekasse vorgelegt.

### Konzept

Für das Pflegekursangebot „Nachbarschaftshilfe“

☐ wird ein Konzept erstellt und zur Vertragsprüfung mit eingereicht

☐ wird das vorhandene Pflegekurskonzept erweitert

### Verpflichtung

**Der Leistungserbringer bestätigt die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, den Teilnehmern die in der Vereinbarung und unter Kursinhalte aufgeführten Unterlagen sowie ein Teilnahmezertifikat mit Angaben zum Teilnehmer (Name, Vorname, Geburtsdatum und ggf. KV-Nummer) und zum Kurszeitraum auszuhändigen. Er verpflichtet sich, der Pflegekasse das Kurskonzept vorzulegen sowie Änderungen der Kursleiter- bzw. stellvertretenden Kursleiterdaten innerhalb von 2 Wochen anzuzeigen.**

**Nach entsprechender Aufforderung durch die Pflegekasse hat der Leistungserbringer Kopien zu den Nachweisen zur Qualifizierung der Kursleitung/stellvertretenden Kursleitung einzureichen.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Stempel des Antragstellers