

F E D – Richtlinien

§ 1

Der Landkreis Stade übernimmt im Rahmen der folgenden Richtlinien Aufwendungen für den Bereich der Familienentlastenden Dienste - FED -, soweit nicht andere Träger für diesen Bereich zuständig sind. Die Dienstleistungen werden im Rahmen der nachfolgenden Richtlinien direkt mit den Trägern abgerechnet die sich durch schriftliche Erklärung verpflichten, FED anzubieten und im Rahmen der Richtlinien abzurechnen.

§2 - Aufgabe

Die FED sollen für Familien mit körperbehinderten, geistig- oder mehrfachbehinderten Angehörigen einen Ausgleich schaffen für die behinderungsbedingten Belastungen und Benachteiligungen.

Vorrangiges Ziel ist die kurzfristige und kurzzeitige Entlastung von Pflege und Betreuung des behinderten Angehörigen zur Wahrnehmung eigener Interessen und Bedürfnisse.

§ 3 - Personenkreis

Es werden körperbehinderte, geistig- und mehrfachbehinderte Familienangehörige kurzzeitig betreut, wenn die Betreuung durch die Angehörigen bzw. andere Personen nicht sichergestellt ist.

Für Behinderte, die ein Pflegegeld nach § 69 Abs. 3 und 4 BSHG erhalten oder diesen nach der Behinderung gleichzustellen sind, werden Kosten im Rahmen der Sozialhilfe übernommen, sofern kein anderer Kostenträger vorrangig zuständig ist.

§ 4 - Leistungsumfang

In jedem Einzelfall werden monatlich in der Regel maximal 20 Stunden FED zur Verfügung gestellt. Die Abforderung dieser Stunden kann direkt zwischen dem Anbieter und der Betreuungsfamilie erfolgen. Eine Beteiligung des Sozialhilfeträgers ist nicht erforderlich.

Die Inanspruchnahme der FED kann variabel innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten erfolgen. Es besteht also die Möglichkeit, Betreuungsstunden aufzusparen oder vorab in Anspruch zu nehmen.

§ 5 - Verfahren

Die Teilnahme an den FED ist in jedem Einzelfall beim Landkreis Stade zu beantragen. Von hier wird nach Prüfung der Leistungsvoraussetzungen ein Grundanerkennnis erteilt. Die Abrechnung zwischen dem Anbieter und dem Sozialhilfeträger erfolgt dann im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach § 69 BSHG mit den Gemeinden, Samtgemeinden und Städten im Rahmen dieser Richtlinien.

§ 6 - Eigenleistung

Von den in § 28 BSHG genannten Personen ist zu den Kosten ein Eigenanteil zu erbringen. Dieser wird auf 2,56€ je Einsatzstunde festgelegt; soweit im Einzelfall durch Sonderentscheidung durch den Landkreis der nach diesen Richtlinien festgesetzte Leistungsumfang überschritten wird, erhöht sich der Eigenanteil für diese Stunden auf 4,09€ je Stunde.

Eine Anrechnung der Leistung nach FED auf die Leistungen nach § 69 BSHG findet nicht statt.

§ 7 - Pflegesatzvereinbarung

Die Anbieter von FED verpflichten sich durch schriftliche Erklärung, die Leistungen im Rahmen dieser Richtlinien anzubieten und durchzuführen. Es wird mit jedem Anbieter eine gesonderte Pflegesatzvereinbarung nach § 93 BSHG geschlossen.

Der Anbieter verpflichtet sich, die nach § 6 zu zahlende Eigenleistung einzuziehen.

Die Pflegesatzvereinbarung erfolgt jeweils für die Dauer eines Jahres und ist für beide Parteien bindend.

§ 8 - Inanspruchnahme Dritter

Der Leistungsanspruch auf Kostenübernahme im Rahmen der FED im Rahmen dieser Richtlinien entsteht erst dann, wenn die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des V. Buches Sozialgesetzbuch ausgeschöpft ist. Der Antragsteller verpflichtet sich, entsprechende Leistungsanträge bei seiner Krankenkasse zu stellen und im Falle der Leistungsgewährung diese Ansprüche vorrangig für die Finanzierung der FED einzusetzen. Der Sozialhilfeträger ist bereit, vorzuleisten.



FED-INFOBOGEN

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon privat: _____ Notruf: _____

Eltern: _____

Geschwister: 1. _____ 2. _____ 3. _____
Geboren: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Art der Behinderung/Diagnose:

Krampfanfälle: ja/nein _____

Wenn ja, wie äußert sich das? _____

Notfall-Medikamente, genauere Anweisungen:

Mögliche Aktivitäten, Spiele, Hobbys, was ist während des Termins zu tun
(Mehr Infos auf der Rückseite)

Was ist für den Termin zu beachten:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> KFZ 4-türig | <input type="checkbox"/> Spezial -KFZ/-Vorrichtung |
| <input type="checkbox"/> Zusätzliche Begleitung | <input type="checkbox"/> Ferienbetreuung |
| <input type="checkbox"/> Windeln/Medikamente etc. | <input type="checkbox"/> _____ |

Tagesunterbringung erfolgt in der (incl. Anschrift) _____

Bereitschaft für Fotos ja nein

Hausbesuch von/am: _____ Unterschrift der Familie _____



Familie
Mustermann
Musterstraße 11
21698 Harsefeld

Landkreis Stade
-Sozialamt Amt 502-
Am Sande 2
21682 Stade

Musterstadt , 24.01.2008

Antrag auf Familienentlastende Dienste

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen wir die Unterstützung durch Familienentlastende Dienste für unsere/n Tochter/ Sohn geb: 01.01.2000.
Den Schwerbehindertenausweis für unsere/n Tochter/ Sohn haben wir beantragt/ liegt bei.

Wir bitten um kurzfristige Entscheidung.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage
Kopie des Schwerbehindertenausweises
Kopien des behandelnden Arztes