****

**AZ: **

Aktenzeichen des Leistungsberechtigten in der Gastfamilie (wird vom Leistungsträger ausgefüllt)

**Feststellung der Geeignetheit als Gastfamilie (zur Vorlage beim Leistungsträger)**

**Wer füllt diesen Bogen aus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name, Vorname | E-Mail und Telefonnummer | Aktenzeichen LWL/LVR |
| Ausfüllendes BWF Team:LIGA Team |       |       |       |
| Ansprechpartner:in für Rückfragen zum Gesprächsleitfaden |       |       |       |

**Grunddaten der Gastfamilie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | **Vorname der Hauptbetreuungsperson**      | **Geb. Datum der Hauptbetreuungsperson:**      |
| Anschrift:      |
| Telefonnummer:      | Mobil:      | E-Mail:      |

**Zum Haushalt gehörende Personen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname:      | Geb. Datum:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum:      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum      |

Reichen die Spalten nicht aus? Nutzen Sie gerne die Anlage

**Wohnsituation**

Wie wohnen Sie? (Mehrfachnennungen möglich)

[ ]  ländlich [ ]  städtisch Größe des Ortes (in Einwohnerzahl ca.)

[ ]  in einer Mietwohnung [ ]  in einem Einfamilienhaus [ ]  in einem Mehrfamilienhaus

[ ]  mit Garten [ ]  ohne Garten [ ]  auf einem Bauernhof

Wie groß ist die Räumlichkeit, die Sie allein dem Gast[[1]](#footnote-1) zur Verfügung stellen können?

      (Angabe ca. in qm)

Es handelt sich um: [ ]  einen Raum [ ]  Eine Einliegerwohnung

 [ ]  mehrere eigene Zimmer [ ]  Sonstiges

Die Räumlichkeiten befinden sich:

[ ]  in unmittelbarer Umgebung (Bitte näher erläutern ) [ ]  innerhalb des Hauses/der Wohnung

|  |
| --- |
|       |

Die Räumlichkeiten sind: [ ]  möbliert [ ]  teilmöbliert [ ]  nicht möbliert

Kann ein Gast seine:ihre eigenen Möbel mitbringen? [ ]  ja [ ]  nein

Gibt es Tiere im Haushalt? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

Wir sind ein Nichtraucherhaushalt: [ ]  ja [ ]  nein

Dürfte ein Gast in seinen:ihren eigenen Räumlichkeiten bei Ihnen

rauchen? [ ]  ja [ ]  nein

Wie ist die Verkehrsanbindung bei Ihnen?

(z.B. regelmäßige Busverbindungen, Zuganbindung, Strecke bis zur Bushaltestelle, Barrierefreie Zugänge, etc.)

|  |
| --- |
|       |

Sind für den Gast Möglichkeiten der Selbstversorgung gegeben? [ ]  ja [ ]  nein

**Finanzielle Situation**

Ist Ihr Lebensunterhalt auch ohne das durch den Leistungsträger

Gewährte Entgelt gesichert? [ ]  ja [ ]  nein

Sind Sie auf ein zusätzliches Einkommen angewiesen? [ ]  ja [ ]  nein

**Sonstiges**

Regelmäßige Abwesenheiten der Hauptbetreuungsperson:

|  |
| --- |
|       |

Hobbies/Ehrenamt:

|  |
| --- |
|       |

Bei uns lebt bereits ein Gast: [ ]  ja [ ]  nein

Bei uns lebt bereits ein Pflegekind: [ ]  ja [ ]  nein

Wir waren in der Vergangenheit schon einmal Gastfamilie für einen anderen Gast oder ein Pflegekind [ ]  ja [ ]  nein

**Vorstellung vom Leben mit einem Menschen mit Behinderung**

Gründe für die Motivation und das Interesse an dieser Aufgabe:

|  |
| --- |
|       |

Welche Einstellung haben die anderen Familienmitglieder zu Ihrem Interesse einen Menschen mit Behinderung aufzunehmen?

|  |
| --- |
|       |

Haben Sie bereits Erfahrungen im Umgang mit behinderten, kranken

oder pflegebedürftigen Menschen? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

|  |
| --- |
|       |

Wie wird ein Gast in Ihre Familie integriert sein?

[ ]  als Untermieter:in mit Familienanschluss [ ]  als Familienmitglied

Wie könnte ein Gast an Ihrem familiären Alltag beteiligt sein?

|  |
| --- |
|       |

Welche familiären Gewohnheiten haben Sie? (z. B. besondere Essgewohnheiten, Ausschlafen am Wochenende, regelmäßige gemeinsame Spielabende etc.)

|  |
| --- |
|       |

Welche Freizeitaktivitäten haben Sie? Gibt es gemeinsame Freizeitaktivitäten?

|  |
| --- |
|       |

Kann ggf. eine Begleitung zu Arztterminen sichergestellt werden? [ ]  ja [ ]  nein

Kann ggf. eine Versorgung und Betreuung des Gastes sichergestellt werden? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, wie?

|  |
| --- |
|       |

Kann ggf. sichergestellt werden, dass es Besuchs- und/oder Übernachtungsmöglichkeiten für soziale Kontakte des Gastes gibt? [ ]  ja [ ]  nein

**Zum Gast selber:**

Welche Gewohnheiten bei anderen Menschen können Sie nicht tolerieren?

Was finden Sie schwierig?

|  |
| --- |
|       |

Darf ein möglicher Gast pflegebedürftig sein? [ ]  ja [ ]  nein

Können Sie sich eine der folgenden Konstellationen im Rahmen der Gastfamilientätigkeit vorstellen?

Ich leiste zusätzlich pflegerische Hilfen: [ ]  ja [ ]  nein

Ich nehme eine Mutter oder einen Vater mit Kind auf: [ ]  ja [ ]  nein

Ich nehme ein Paar auf: [ ]  ja [ ]  nein

Vorstellung von einem möglichen Gast:

[ ]  männlich [ ]  weiblich [ ]  divers

[ ]  ganztags zu Hause [ ]  außerhalb arbeitend Alter

[ ]  Raucher:in [ ]  Nichtraucher:in

[ ]  geistige Behinderung [ ]  körperliche Behinderung [ ]  Sinnesbehinderung

[ ]  psychische Behinderung [ ]  Suchterkrankung [ ]  nicht wichtig

Gibt es Sonstige Vorstellungen bzw. Ausschlusskriterien zur Art des Unterstützungsbedarfes?

[ ]  nein [ ]  ja

|  |
| --- |
|       |

Platz für Sonstiges

|  |
| --- |
|       |

Beteiligte Personen bei der Zusammenstellung der Informationen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Funktion | Unterschrift |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

Selbstverpflichtung der Gastfamilie

Hiermit bestätige ich, dass die hier gemachten Angaben korrekt sind. Ich versichere, dass ich die hier gemachten Angaben in einem zustande kommenden Gastfamilienverhältnis umsetzen werde.

Ort, Datum Unterschrift Hauptbetreuungsperson

Bewertung des Leistungserbringers

Die Gastfamilie       (Name), vertreten durch die Hauptbetreuungsperson       (Name, Vorname, Geb. Datum, Anschrift)

ist als Gastfamilie für Herrn:Frau       (Name, Vorname, Geb. Datum, Az.)

**Geeignet** **[ ]**

**Nicht geeignet** [ ]

Die Führungszeugnisse aller im Haushalt lebenden Personen über 14 Jahre wurden eingesehen. Es liegen keine Eintragungen gemäß § 124 Abs. 2 S. 3 SGB IX vor.

Unterschrift BWF Team:LIGA Team

Anlagen:

* Einverständniserklärung zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von Daten
* Erfordernis eines Führungszeugnisses gem. § 124 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
* Weitere Personen im Haushalt der Gastfamilie

Anlage 1

**Einverständniserklärung zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von Daten**

Wir sind damit einverstanden, dass unsere personen- und sachbezogenen Daten

durch den Träger der Maßnahme Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Leben in Gastfamilien erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies für die Vermittlung, Durchführung und Beendigung des Pflegefamilien-Verhältnisses erforderlich ist.

Hierunter zählen unter Umständen auch hochsensible Daten nach § 3 (9) BSDG.

Solange die Pflegefamilie mit dem Leistungsanbieter zusammenarbeitet bzw. eine Zusammenarbeit geplant ist, werden die Daten gespeichert, danach werden sie gelöscht.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Unterschriften der Gastfamilie

Anlage 2

**Führungszeugnis gem. § 124 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)**

Aus § 124 Abs. 2 Satz 3 SGB IX ergibt sich auch für Pflegefamilien eine Verpflichtung zur Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses.

Im Wortlaut dieser Rechtsnorm dürfen Leistungserbringer nur solche Personen beschäftigen oder ehrenamtliche Personen, die in Wahrnehmung ihrer Aufgaben Kontakt mit Leistungsberechtigten haben, mit Aufgaben betreuen, die nicht rechtskräftig wegen einer Straftat nach den dort genannten Vorschriften des StGB verurteilt worden sind.

Die Leistungserbringer sollen sich nach Satz 4 von Fach- und anderem Betreuungspersonal, die in Wahrnehmung ihrer Aufgaben Kontakt mit Leistungsberechtigten haben, vor deren Einstellung oder Aufnahme einer dauerhaften ehrenamtlichen Tätigkeit und in regelmäßigen Abständen ein Führungszeugnis nach § 30a Absatz 1 des Bundeszentralregistergesetzes vorlegen lassen.

Bezogen auf das Verfahren Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Leben in Pflegefamilien/Gastfamilien sind nicht klassisch beschäftigt im Sinne des § 124 SGB IX, da sie im Verhältnis zum Leistungserbringer nicht in einem echten Beschäftigungsverhältnis stehen.

Der Schutzzweck der Norm gebietet es jedoch, auch in diesen Fällen ein erweitertes Führungszeugnis seitens der Gastfamilien zu verlangen. Hintergrund der Regelung des § 124 SGB IX ist die Tatsache, dass es sich bei dem hier in Rede stehenden Personenkreis der Leistungsberechtigten um besonders schutzwürdige Personen handelt.

Die Regelung des § 124 Abs. 2 Satz 3 SGB IX gilt an dieser Stelle sogar für ehrenamtlich tätige Personen, die oftmals auch nur sporadischen Kontakt zu den Leistungsberechtigten haben. Dementsprechend muss dies erst recht für Pflegefamilien gelten, bei denen die Leistungsberechtigten dauerhaft leben.

Hinsichtlich der Fragestellung, welche Personen innerhalb der Gastfamilie ein solches Führungszeugnis vorlegen müssen, ist unter Berücksichtigung der genannten Norm festzuhalten, dass dies für alle Personen im Familienverbund gilt. Dies gilt also für alle Personen die gemeinsam mit dem/der Leistungsberechtigten im Familienverbund leben und dort gemeldet sind.

Führungszeugnisse, die durch Mitglieder von Familien, die Menschen mit Behinderungen im Rahmen des Ambulant Betreuten Wohnens aufnehmen und die zur Erfüllung der Verpflichtung aus § 75 Abs. 2 S. 4 SGB XII bzw. § 124 Abs. S. 3 SGB IX beantragt werden, sind grundsätzlich von der Gebühr befreit.

Anlage 3

**Weitere Personen im Haushalt der Gastfamilie**

(Fortführung von Seite 1 Gesprächsleitfaden)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname      | Vorname       | Geb. Datum       |

1. Gemeint ist hier und auch im Folgenden immer die Leistungsberechtigte Person. [↑](#footnote-ref-1)