



Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!  
Zutreffendes bitte ankreuzen!

## Anzeige einer stationären Einrichtung nach § 11 WTPG

### 1. Trägerschaft

1.1 Bei natürlichen Personen (bei juristischen Personen der antragstellende gesetzliche Vertreter):

|  |         |
|--|---------|
| Familiename, ggf. Geburtsname, Vorname                         |         |
| Anschrift/gewöhnlicher Aufenthaltsort (Straße, HNr., PLZ, Ort) | Telefon |

1.2 Bei juristischen Personen:

|  |   |
|--|---|
| Im Handelsregister eingetragener Name                      |   |
| Ort und Nr. der Eintragung im Handels-/Vereinsregister     | Angaben zur Person des gesetzlichen Vertreters:<br>bitte unter Ziff.1.1 |
| Anschrift der Betriebsstätte mit Straße, HNr., PLZ und Ort |   |

### 2. Die Anzeige nach § 11 WTPG erfolgt für:

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> eine stationäre Pflegeeinrichtung                   |
| <input type="checkbox"/> eine stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe |
| <input type="checkbox"/> ein Hospiz  |

### 3. Zeitpunkt der Inbetriebnahme der stationären Einrichtung?

|  |
|--|
|  |
|--|

### 4. Anschrift der stationären Einrichtung:

|                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| Name/Bezeichnung                   |                      |
| Anschrift (Straße, HNr., PLZ, Ort) | Telefon (freiwillig) |

## 5. Bauliche Gegebenheiten

- a) Anzahl der Wohngruppen \_\_\_\_\_
- b) Anzahl der Bewohner/-innen insgesamt \_\_\_\_\_

## 6. Personalstellen

In der stationären Einrichtung sind \_\_\_\_\_ Stellen geplant.

## 7. Einrichtungsleitung

|                       |
|-----------------------|
| Name/Bezeichnung      |
| Beschäftigungsumfang  |
| Berufliche Ausbildung |
| Beruflicher Werdegang |

## 8. Pflegedienstleitung in Pflegeeinrichtungen bzw. Fachbereichsleitung in Behindertenwohnheimen

|                       |
|-----------------------|
| Name/Bezeichnung      |
| Beschäftigungsumfang  |
| Berufliche Ausbildung |
| Beruflicher Werdegang |

## 9. Erforderliche Unterlagen und Nachweise

|  |  |
|--|--|
| Konzeption   | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| <b>Nur bei Pflegeeinrichtungen:</b><br>Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI                 | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| <b>Nur bei Pflegeeinrichtungen:</b><br>Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI             | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| <b>Nur bei Eingliederungshilfe:</b><br>Vereinbarung nach §§ 125 ff. SGB IX                 | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Muster des Heimvertrags  | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Unterlagen zur Qualifizierung der rechtlichen Verhältnisse oder Rechtsform der Einrichtung | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Hausordnung  | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Freistellungsnachweis des Finanzamts für Gebührenbefreiung                                 | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Weiterbildungsnachweise für Einrichtungs- und Pflegedienst- bzw. Fachbereichsleitung       | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Nachweis über die Fachlichkeit der Einrichtungsleitung nach § 3 Abs. 3 LPersVO             | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |
| Nachweis über die Fachlichkeit der Pflegedienst- bzw. Fachbereichsleitung nach § 6 LPersVO | <input type="checkbox"/> liegt anbei<br><input type="checkbox"/> wird nachgereicht |

### Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Über die Anzeige kann nur entschieden werden, wenn Sie alle Fragen vollständig beantworten und wahrheitsgemäße Angaben machen sowie die erforderlichen Unterlagen und Nachweise vorlegen bzw. einreichen. Ihre Kenntnis ist zur Bearbeitung nach Maßgabe des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes erforderlich. Die angeforderten Daten werden unter Beachtung des Landesdatenschutzgesetzes verarbeitet.

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Sollte die Anzeige nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig bei der zuständigen Behörde eingehen, bin ich mir darüber bewusst, dass ein Ordnungswidrigkeiten-Verfahren gegen mich eingeleitet werden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Betreiber/-in