**Erstgesuch**

Gesuch um Erteilung der Betriebsbewilligung gemäss § 25 und § 26 des Gesetzes über den selbstbestimmten Leistungsbezug durch Menschen mit Behinderung (Selbstbestimmungsgesetz, SLBG) sowie der «SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG»

1. **Grunddaten:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Thema** | **Eintrag der Grunddaten** |
| **Name der Trägerschaft** |  |
| Rechtsform der Trägerschaft |  |
| Adresse der Trägerschaft (Strasse, PLZ, Ort) |  |
| E-Mail der Ansprechperson |  |
|  | |
| **Name der Institution** |  |
| Adresse der Institution (Strasse, PLZ, Ort) |  |
| Telefonnummer der Institution |  |
|  | |
| **Name, Vorname der Geschäftsführung** |  |
| Telefonnummer der Geschäftsführung |  |
| E-Mail der Geschäftsführung |  |
|  | |
| **Name, Vorname der Stellvertretung der Geschäftsführung** |  |
| Telefonnummer der Stellvertretung der Geschäftsführung |  |
| E-Mail der Stellvertretung der Geschäftsführung |  |
|  | |
| **Name, Vorname einer weiteren operativ verantwortlichen Person**  Z.B. Fachverantwortung Agogik, nicht in allen Gesamtführungskonstellationen notwendig (vgl. «SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG») | **Name:**  **Funktion:** |
| Telefonnummer der weiteren operativ verantwortlichen Person |  |
| E-Mail der weiteren operativ verantwortlichen Person |  |
|  | |
| **Name, Vorname Heimärztin/-arzt**  **Beilage «Bestätigung der Heimärztin bzw. des Heimarztes»** |  |
| Adresse der/s Heimärztin/-arztes (Strasse, PLZ, Ort) |  |
| E-Mail der/s Heimärztin/-arztes |  |
| **Name der Revisionsstelle** |  |
| Adresse der Revisionsstelle (Strasse, PLZ, Ort) |  |

1. **Angaben zu allen Standorten sowie Angaben über die Plätze je Standort und Leistungsbereich:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Standortbezeichnung** | **Adresse** | **Wohnen** | **Tagesgestaltung** | **Arbeit** |
| Musterstandort | Musterstrasse 1, 8000 Muster | 2 | 3 | 2 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total Plätze** |  |  |  |  |

Sollte die Anzahl Eintragungen nicht abgebildet werden können, reichen Sie bitte eine separate Liste der Standort- und Platzangaben aller Standorte ein.

1. **Bezeichnung der Beilagen (Nachweise), bzw. Liste der Nachweise**

Mit dem Erstgesuch sind die Anforderungen gemäss der «SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG» zu erfüllen und mit den erforderlichen Nachweisen gemäss [Kapitel 3.2](https://www.zh.ch/de/soziales/leben-mit-behinderung/selbstbestimmung/sebe-anbietende/sebe-ifeg/ifeg-wegleitung/wegleitung-institutionen/kapitel3/kapitel3-2/kapitel3-2-1.html) zu belegen.

|  |
| --- |
| **Liste der Beilagen** |
| -  - |

Sie können stattdessen auch eine eigene, separate Liste der Nachweise einreichen.

1. **Bestätigung der Angaben mit Unterschriften**

Wir ersuchen um die Erteilung der Betriebsbewilligung gemäss §25 und §26 SLBG und bestätigen, dass die Anforderungen gemäss der «SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG» erfüllt und eingehalten werden.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der gemachten Angaben.

**Unterschrift der zeichnungsberechtigten Person(en) des strategisch leitenden Organes:**

[Ort] [Datum]

[Name] Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[Name] Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechperson der Trägerschaft (Präsident/-in, Vorsitzende/r etc.) | [Vorname]  [Name]  [Funktion]  [Tel.]  [Adresse]  [E-Mail] |

**Wir bitten Sie, das Erstgesuch zusammen mit den notwendigen Nachweise wie folgt einzureichen**

* Die Einreichung des Erstgesuches zusammen mit den Nachweisen erfolgt über einen digitalen Datenaustausch, der durch das Kantonale Sozialamt erstmalig freigeschaltet werden muss. Die Kontaktaufnahme für die Freischaltung erfolgt [soa-bewilligungen@sa.zh.ch](mailto:soa-bewilligungen@sa.zh.ch)
* Für Fragen oder Anliegen stehen wir Ihnen unter [soa-bewilligungen@sa.zh.ch](mailto:soa-bewilligungen@sa.zh.ch) zur Verfügung