**Änderungsgesuch**

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».

Bitte tragen Sie in allen Bereichen, in denen sich Änderungen ergeben haben, diese ein. Wenn keine Änderungen erfolgt sind, können Sie das Feld frei lassen, bzw. mit dem Verweis «unverändert» stehen lassen. Siehe SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG [Kapitel 3.3](https://www.zh.ch/de/soziales/leben-mit-behinderung/selbstbestimmung/sebe-anbietende/sebe-ifeg/ifeg-wegleitung/wegleitung-institutionen/kapitel3/kapitel3-3.html).

1. **Grunddaten:**

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

1. **Angaben zu allen Standorten sowie Angaben über die Plätze je Standort und Leistungsbereich: Bei Änderung inkl Beilage «Bestätigung der Trägerschaft betreffend Standorte»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Standortbezeichnung** | **Adresse** | **Wohnen** | **Tagesgestaltung** | **Arbeit** |
| alle Standorte unverändert |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total Plätze** |  |  |  |  |

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

Sie können alternativ auch eine Kopie des Standortverzeichnisses der aktuellen Betriebsbewilligung mit gut leserlichen Korrekturen einreichen.

1. **Weitere Änderungen der Betriebsbewilligung gemäss Kapitel 3.1 der Wegleitung:**

|  |
| --- |
| **Beschreibung der Änderung**  (z.B. Änderung der Statuten, des Lohnreglements, der Zweckbindung, etc.) |
|  |

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

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

1. **Bestätigung der Angaben mit Unterschriften**

Wir beantragen die Erteilung der Betriebsbewilligung gemäss §25 und §26 SLBG mit den oben angegebenen Änderungen.

Wir haben die bestehende Betriebsbewilligung vom [Datum eintragen] kontrolliert und bestätigen, dass alle nicht zur Änderung beantragten Angaben noch zutreffend sind und die Anforderungen der Betriebsbewilligung eingehalten werden.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der gemachten Angaben.

**Unterschrift zeichnungsberechtigte 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 Änderungsgesuch zusammen mit den notwendigen Nachweisen wie folgt einzureichen:**

* Die Einreichung des Änderungsgesuches zusammen mit den Nachweisen erfolgt über einen digitalen Datenaustausch, der durch das Kantonale Sozialamt erstmalig freigeschaltet werden muss. Die Kontaktaufnahme für die Freischaltung erfolgt über [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