

ANLAGE 2 ZUM MITGLIEDSANTRAG - HAUSWIRTSCHAFTLICHE ORGANISATION MIT ANGESTELLTEN -

Mitgliedsdaten (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, mit * gekennzeichnete Angaben sind Pflichtangaben):

Vorname* / Nachname* Geschäftsinhaber:in / Vorstand

Name des Unternehmens /der Organisation und Rechtsform

Straße* und Hausnummer* (dienstlich)

PLZ*und Ort*, eventuell zusätzlich Ortsteilname (dienstlich)

E-Mail-Adresse des Unternehmens / der Organisation

Homepage

Telefonnummer Festnetz dienstlich

Mobile Telefonnummer dienstlich*

Für die Leistungserbringung nach SGB (Sozialgesetzbuch) benötigen wir folgende Unterlagen:

- Ausbildungsnachweise der Beschäftigten, die die Sozialeinsätze durchführen
- Einfaches polizeiliches Führungszeugnis (nicht älter als 12 Monate)
- Kopie der Gewerbeanmeldung
- Versicherungsnachweise Betriebshaftpflicht-/ Unfallversicherung
- Nachweis über die Belehrung gemäß § 43 Abs.1 Infektionsschutzgesetz durch das Gesundheitsamt (nicht älter als 12 Monate)
- Mitteilung Institutionskennzeichen (IK-Nr.) - kostenlos beantragbar bei ARGE IK unter <https://www.dguv.de/arge-ik/index.jsp>

Meine IK-Nummer lautet: _____

In welchen Einsatzbereichen sind Sie tätig? Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambulante hauswirtschaftliche Einsätze in Privathaushalten, Privatleistung | <input type="checkbox"/> Gebäudereinigung |
| <input type="checkbox"/> Ambulante hauswirtschaftliche Einsätze in Privathaushalten, Kassenleistung nach SGB | <input type="checkbox"/> Haushaltscoaching |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Pflegedienstleistungen nach SGB | <input type="checkbox"/> Bildung / Vorträge / Workshops |

Anderer Bereich, und zwar: _____

Ihre Präsentation auf unserer Homepage (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Ich bitte um kostenlose Veröffentlichung folgender Kontaktdaten auf der bkh-Webseite
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Name des Unternehmens / der Organisation | <input type="checkbox"/> Homepage-Adresse oder/und Flyer (bitte an redaktion@bkhev.de senden) |
| <input type="checkbox"/> Anschrift | <input type="checkbox"/> Vor- und Nachname |
| <input type="checkbox"/> Festnetz-Nr. | <input type="checkbox"/> E-Mail |
| <input type="checkbox"/> Mobil-Nr. | <input type="checkbox"/> Bild oder/und Logo (bitte an redaktion@bkhev.de senden) |

Weitere Angaben: _____

- Ich wünsche keine Veröffentlichung auf der bkh-Webseite

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Daten und, dass ich Änderungen unverzüglich mitteile. Ich bestätige außerdem, dass ich die in SGB-Verträgen vereinbarten Qualitätskriterien erfülle und die erforderlichen Qualifikationsnachweise meiner Beschäftigten auf Nachfrage vorgelegt werden können.

Ort / Datum

Unterschrift (handschriftlich oder digital) / Stempel

Hinweis: Nachdem Ihr Antrag und die notwendigen Unterlagen bei uns eingegangen sind, übermitteln wir relevante Daten an unsere Vertragspartner. Sobald Ihre Aufnahme als Leistungserbringer*in stattgefunden hat, erhalten Sie von uns die Bestätigung. Danach können Sie Einsätze nach SGB gemäß vertraglicher Vereinbarungen zwischen bkh und dem jeweiligen Kostenträger annehmen.