**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:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Trägerschaft** | |
| Name der Trägerschaft |  |
| Rechtsform der Trägerschaft |  |
| Adresse der Trägerschaft  (Strasse, PLZ, Ort) |  |
| Name, Vorname der vorsitzenden Person des strategischen Organs der Trägerschaft (z.B. Stiftungsrats- / Vereinspräsidium) |  |
| Telefonnummer der vorsitzenden Person |  |
| E-Mail der vorsitzenden Person |  |
| **Angaben zur Institution gemäss IFEG** | |
| 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** (nicht in allen Gesamtführungskonstellationen notwendig)  Z.B. Fachverantwortung Agogik (vgl. «SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG») | **Name:**  **Funktion:** |
| Telefonnummer der weiteren operativ verantwortlichen Person |  |
| E-Mail der weiteren operativ verantwortlichen Person |  |
| **Angaben über zuständige/n Heimärztin/Heimarzt (nur Bereich Wohnen)**  **Zusätzlich Einreichung der Beilage «Bestätigung der Heimärztin bzw. des Heimarztes»** | |
| Name, Vorname Heimärztin/-arzt |  |
| Adresse der/s Heimärztin/-arztes  (Strasse, PLZ, Ort) |  |
| Telefonnummer der/s Heimärztin/-arztes |  |
| E-Mail der/s Heimärztin/-arztes |  |
| **Angaben zur Revisionsstelle** | |
| 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 (WH)** | **Tagesgestaltung**  **(TS)** | **Arbeit**  **(WS)** |
| Musterstandort | Musterstrasse 1, 8803 Muster | 3 | 3 | 3 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total Plätze** |  | 3 | 3 | 3 |

|  |
| --- |
| **Hinweis:** Sollte die Anzahl Standorte 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.html) zu belegen.

**Auflistung der Beilagen:**

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

|  |
| --- |
| **Hinweis:** 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 «SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG» erfüllt und eingehalten werden.

Mit unserer Unterschrift bestätigen wir die Richtigkeit der gemachten Angaben im Gesuch und aller eingereichten Unterlagen.

**Unterschrift der vorsitzenden Person des strategischen Organs der Trägerschaft:**

[Ort] [Datum]

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

**Unterschrift einer weiteren stimm- und zeichnungsberechtigten Person des strategischen Organs der Trägerschaft:**

[Ort] [Datum]

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

**Wir bitten Sie, das Erstgesuch zusammen mit den notwendigen Nachweisen 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 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