**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».

|  |
| --- |
| **Hinweis:** 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. **Änderung der Grunddaten:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Trägerschaft** | |
| Name der Trägerschaft | [Name - Pflichtfeld] |
| Rechtsform der Trägerschaft | unverändert |
| Adresse der Trägerschaft  (Strasse, PLZ, Ort) | unverändert |
| Name, Vorname der vorsitzenden Person des strategischen Organs der Trägerschaft (z.B. Stiftungsrats- / Vereinspräsidium) | unverändert |
| Telefonnummer der vorsitzenden Person | unverändert |
| E-Mail der vorsitzenden Person | unverändert |
| **Angaben zur Institution gemäss IFEG** | |
| Name der Institution | [Name - Pflichtfeld] |
| Adresse der Institution (Strasse, PLZ, Ort) | unverändert |
| Telefonnummer der Institution | unverändert |
| **Name, Vorname der Geschäftsführung** | unverändert |
| Telefonnummer der Geschäftsführung | unverändert |
| E-Mail der Geschäftsführung | unverändert |
| **Name, Vorname der Stellvertretung der Geschäftsführung** | unverändert |
| Telefonnummer der Stellvertretung der Geschäftsführung | unverändert |
| E-Mail der Stellvertretung der Geschäftsführung | unverändert |
| **Name, Vorname einer weiteren operativ verantwortlichen Person** (nicht in allen Gesamtführungskonstellationen notwendig)  Z.B. Fachverantwortung Agogik (vgl. «SEBE-Wegleitung für Institutionen gemäss IFEG») | **Name:** unverändert  **Funktion:** unverändert |
| Telefonnummer der weiteren operativ verantwortlichen Person | unverändert |
| E-Mail der weiteren operativ verantwortlichen Person | unverändert |
| **Angaben über zuständige/n Heimärztin/Heimarzt (nur Bereich Wohnen)**  **Zusätzlich Einreichung der Beilage «Bestätigung der Heimärztin bzw. des Heimarztes»** | |
| Name, Vorname Heimärztin/-arzt | unverändert |
| Adresse der/s Heimärztin/-arztes  (Strasse, PLZ, Ort) | unverändert |
| Telefonnummer der/s Heimärztin/-arztes | unverändert |
| E-Mail der/s Heimärztin/-arztes | unverändert |
| **Angaben zur Revisionsstelle** | |
| Name der Revisionsstelle | unverändert |
| Adresse der Revisionsstelle  (Strasse, PLZ, Ort) | unverändert |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Standortbezeichnung** | **Adresse** | **Wohnen**  **(WH)** | **Tagesgestaltung**  **(TS)** | **Arbeit**  **(WS)** |
| alle Standorte unverändert |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total Plätze** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Hinweis bei Änderungen der Standortangaben:**   * Sollte die Anzahl Standorte 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. * **Bei Änderungen muss zusätzlich die Beilage «Bestätigung der Trägerschaft betreffend Standorte» eingereicht werden.** |

1. **Weitere Änderungen gemäss Kapitel 3.2 der Wegleitung:**

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

1. **Zusätzliche Bemerkungen zu den beantragten Änderungen**

|  |
| --- |
| (z.B. Datum Inkrafttretung der Änderung; wichtige Informationen, die sonst nirgends abgebildet werden können etc). |
|  |

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

**Bestätigungen (Selbstdeklarationen gemäss Wegleitung):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bestätigung betreffend Wechsel im Vorsitz der strategischen Leitung  Bestätigung betreffend Wechsel der Personen in der operativen Leitung |
|  | Bestätigung betreffend Standorte  Bestätigung der Heimärztin/des Heimarztes |

**Weitere Beilagen:**

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

1. **Bestätigung der Angaben mit Unterschriften**

Wir ersuchen um 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 unseren Unterschriften bestätigen wir die Richtigkeit der gemachten Angaben im Gesuch und aller eingereichten Unterlagen.

**Unterschrift der vorsitzenden Person oder einer anderen stimm- und zeichnungsberechtigten Person des strategischen Organs der Trägerschaft:**

[Ort] [Datum]

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

**Unterschrift einer weiteren zeichnungsberechtigten Person gemäss Handelsregister:**

[Ort] [Datum]

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

**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