

Die nachfolgend genannten Dienste der regionalen Offenen Behindertenarbeit

schließen hiermit die folgende

Kooperationsvereinbarung

Die beteiligten Dienste verpflichten sich eng und arbeitsteilig im Sinn der

*Richtlinie zur Förderung
von regionalen ambulanten Diensten der Offenen Behindertenarbeit
für Menschen mit geistigen und/oder körperlichen
Behinderungen sowie sinnesbehinderten und chronisch kranken Menschen
(Förderrichtlinie Regionale „Offene Behindertenarbeit“)*

zusammenzuarbeiten.

Durch diese Kooperationsvereinbarung wird gewährleistet, dass die Aufgaben der o. g. Förderrichtlinie in der nachfolgend genannten Versorgungsregion vollständig erfüllt werden.

Zur Sicherstellung der vollständigen Aufgabenerfüllung evaluieren die Kooperationspartner in regelmäßigen Abständen (z. B. 1 x jährlich nach Erstellung der Verwendungsnachweise) in geeigneter Weise die Effektivität der Arbeitsteilung. Dies kann z. B. durch jährliche Treffen und Austausch oder in anderer geeigneter Weise erfolgen. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden dokumentiert – siehe Anlage.

Diese Kooperationsvereinbarung gilt

für den Stadt- und/oder Landkreis:

im Bezirk:

Die Kooperationsvereinbarung ist gültig ab

und befristet bis zum

und ist unbefristet gültig

Die Kooperationsvereinbarung kann von jedem Kooperationspartner mit Ablauf einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Förderjahres gekündigt werden.

Kooperierende Dienste:

	Kurzbezeichnung	Spitzenverband (Kurzbez.)	Fachkraft PlanSt	Durchführungskraft PlanSt	Verwaltungskraft PlanSt
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
Gesamt			0,00	0,00	0,00

Anlagen:

- Datenblatt Dienst A
- Datenblatt Dienst B
- Datenblatt Dienst C
- Datenblatt Dienst D
- Datenblatt Dienst E
- Datenblatt Dienst F
- Datenblatt Dienst G

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst A

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst B

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst C

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst D

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst E

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst F

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst G

Datenblatt Dienst ____

Kurzbezeichnung, Name, Bezeichnung, Anschrift	rechtsgeschäftlich verantwortliche/r Vertreter/in
	Name
	Tel.-Nr.
	Fax-Nr.
	E-Mail

Darstellung der Tätigkeitsfelder des Dienstes

Zutreffendes bitte ankreuzen

I. Aufgabenerfüllung

Der o. g. Dienst erfüllt **alle** Aufgaben der Förderrichtlinie Regionale OBA

Ja

Nein; die Tätigkeit des Dienstes beschränkt sich vorwiegend auf die Erfüllung der Aufgaben:

a) Allgemeine trägerneutrale Beratung, insbesondere über Angebote im Sozialraum

Freizeit-, Bildungs- und Begegnungsmaßnahmen

b) Organisation und Sicherstellung

c) Durchführung

Familienentlastender Dienst/Familienunterstützender Dienst

d) Organisation und Sicherstellung

e) Durchführung

f) Öffentlichkeitsarbeit

g) Gewinnung, Schulung und Koordination von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

h) Einbindung in bestehende Netzwerke (innerhalb und außerhalb der Behindertenhilfe)

i) Fachliche Leitung des Dienstes sowie Anleitung und Betreuung des sonstigen Personals des Dienstes und der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einschließlich der Einarbeitung und Fortbildung

II. Versorgter Personenkreis – Behinderungsart

Der o. g. Dienst richtet seine Angebote an alle Menschen mit Behinderungen

Ja

Nein; die Angebote des Dienstes richten sich vorrangig an:

Menschen mit vorrangiger geistiger Behinderung

Menschen mit vorrangiger körperlicher Behinderung

Menschen mit vorrangiger Sinnesbehinderung

Menschen mit vorrangiger chronischer Erkrankung

Menschen mit Mehrfachbehinderung

Menschen mit Autismus

Menschen mit

III. Versorgter Personenkreis – Alter

Der o. g. Dienst richtet seine Angebote an alle Menschen mit Behinderungen

Ja

Nein; die Angebote des Dienstes richten sich vorrangig an:

Menschen bis 6 Jahre

Menschen zwischen 7 bis 21 Jahre

Menschen zwischen 22 bis 54 Jahre

Menschen zwischen 55 und 65 Jahre

Menschen 66 Jahre und älter

Anlage: Evaluation der Kooperation

Die Wirksamkeit der Kooperation wurde zum evaluiert.

Die Evaluation wurde anlässlich

eines gemeinsamen Besprechungstermins am durchgeführt.

in anderer Weise durchgeführt

Art und Weise angeben

Dabei wurde festgestellt, dass

die Erfüllung aller Aufgaben weiterhin sichergestellt ist

die Versorgung des gesamten Stadt- und/oder Landkreises weiterhin gewährleistet ist

Sofern diese Aussagen nicht zutreffen:

– welche Abweichungen wurden festgestellt

– welche Maßnahmen wurden getroffen, um die vollständige Aufgabenerfüllung sowie die Vollversorgung zu gewährleisten

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst A

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst B

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst C

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst D

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst E

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst F

Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst G