

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					
<b>Gesamt</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

**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. Versorgerter 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

## **IV. Räumlicher Wirkungskreis des Dienstes**

Der o. g. Dienst bezieht bei seinen Tätigkeiten und Angeboten **alle** Städte und Gemeinden bzw. Stadtteile im Stadt-/Landkreis ein

Ja

Nein; der Dienst richtet seine Tätigkeiten und Angebote vorwiegend an folgende Städte

---

## Datum

---

Rechtsverbindliche Unterschrift Dienst

## 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 sicher gestellt ist.

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

Sofern diese Aussagen nicht zutreffen:

- welche Abweichungen wurden festgestellt

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

---

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