

Sächsisches Staatsministerium für Soziales  
und Gesellschaftlichen Zusammenhalt  
Landesjugendamt  
Carolastraße 7a  
09111 Chemnitz

#### Ausfüllhinweise

- Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!  
Pflichtfelder sind mit einem (\*) gekennzeichnet.

### Antrag auf Betriebserlaubnis gem. § 45 SGB VIII

Schutz von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen  
gemäß §§ 45-49 Sozialgesetzbuch VIII

## 1. Antrag

Für die nachstehend bezeichnete Einrichtung wird die Erlaubnis zum Betrieb beantragt.

Bei dem Antrag handelt es sich um einen

Antrag wegen Eröffnung

Änderungsantrag zur BE vom

geplanter Zeitpunkt \*

Name der Einrichtung \*

Anschrift - Straße / Hausnummer \*

PLZ \*

Ort \*

Telefon \*

Fax

E-Mail

## 2. Antragsteller

### 2.1. Träger

Name des Trägers \*

Anschrift - Straße / Hausnummer \*

PLZ \*

Ort \*

Telefon \*

Fax

## 2.2. Ansprechpartner

Name \*

Telefon \*

Fax

E-Mail

## 3. Art der Einrichtung / Gesamtkapazität \*

### 3.1. Stationäre u. teilstationäre Einrichtungen nach dem SGB VIII

Heimerziehung o. sonst. betreute Wohnformen (§ 34 SGB VIII)

Heimerziehung (§ 34 i.V.m. § 35a SGB VIII)

Vater/Mutter/Kind-Wohnform (§ 19 SGB VIII)

Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII)

Tagesgruppe (§ 32 i.V.m. § 35a SGB VIII)

Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII)

### 3.2. Tageseinrichtungen

Kindertageseinrichtung nach SächsKitaG

### 3.3. Wohnheime / Internate / Alumnate

soz.-päd. begleitetes Wohnen gem. § 13 Abs. 3 SGB VIII

während einer beruflichen Ausbildung

während einer beruflichen Fördermaßnahme der Arbeitsverwaltung

zur Teilnahme an einer musischen, sportlichen oder sonstigen Ausbildung

### 3.4. Einrichtungen der Behindertenhilfe nach SGB XII / Schulgesetz

Heimeinrichtung

außerunterrichtliches Betreuungsangebot

heilpädagogische Kindertageseinrichtung

### 3.5. Sonstige Einrichtungen

Art

Anzahl der Plätze, über die die Einrichtung verfügen soll \*

Anzahl der Gruppen, in die die Plätze aufgliedert werden sollen \*

Betreuungsalter von \*

bis \*

#### 4. Nutzungsrecht \*

Das Gebäude steht ausschließlich der Einrichtung zur Verfügung.

Das Gebäude dient auch anderen Zwecken:

#### 5. Anlagen \*

Dem Antrag liegen folgende Anlagen bei bzw. werden nachgereicht:

liegt bei

wird nachgereicht bis

5.1. Anlage A

5.2. Anlage B bei 3.1./3.3./3.4./3.5.

5.3. Anlage C bei 3.2.

5.4. Pädagogische Konzeption u. Leistungsbeschreibung

5.5. Raumprogramm mit Skizze und detaillierter Eintragung über Funktion und Raumgröße in m<sup>2</sup>

5.6. Unterlagen zur Rechtsform des Trägers

5.7. Kopie der beglaubigten Ausbildungsnachweise aller pädagogischen/sozialpädagogischen Fachkräfte, einschließlich des/der LeiterIn der Einrichtung

5.8. bei Eigentum: aktueller Grundbuchauszug

5.9. bei Miete bzw. Pacht: Miet- bzw. Pachtvertrag

5.10. Stellungnahme des zuständigen Jugendamtes

5.11. Stellungnahme des zuständigen Bauamtes

5.12. Stellungnahme des zuständigen Gesundheitsamtes

5.13. Stellungnahme der zuständigen Brandschutzbehörde

5.14. Nachweis Sicherheitsprüfung Freispielfläche

#### 6. Erklärungen des Antragstellers

Der Antragsteller erklärt, dass alle Angaben im Antrag, einschließlich Anlagen, vollständig und richtig sind.

Hinweis zum Datenschutz:

Die Zulässigkeit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der im Antrag und in den Anlagen formulierten personenbezogenen Daten folgt aus den §§ 61 ff. SGB VIII, insbesondere aus § 62 Abs. 3 Nr. 2c SGB VIII.

Ort \*

Datum \*

Rechtsverbindliche Unterschriften

**A Anlage A**

**1. Leitung der Einrichtung**

Name der Leiterin / des Leiters

Ausbildung als

abgeschlossen am

in der Einrichtung eingestellt am

Vollzeit

Teilzeit

Anzahl h pro Woche

keine weiteren Einsatzbereiche in der Einrichtung

Gruppenleitung von Gruppe(n)

Anzahl h pro Woche

Mitarbeit in gruppenübergreifendem Dienst als

Anzahl h pro Woche

**2. Stellvertretung**

Name der stellvertretenden Leiterin / des stellvertretenden Leiters

Ausbildung als

abgeschlossen am

in der Einrichtung eingestellt am

Vollzeit

Teilzeit

Anzahl h pro Woche

keine weiteren Einsatzbereiche in der Einrichtung

Gruppenleitung von Gruppe(n)

Anzahl h pro Woche

Mitarbeit in gruppenübergreifendem Dienst als

Anzahl h pro Woche

**3. In den Gruppen tätige Fachkräfte**

| Name, Vorname | abgeschlossene Berufsausbildung als | Tätigkeit in der Einrichtung | Arbeitszeit / Woche (h) |
|---------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------|
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |
|               |                                     |                              |                         |

4. Gruppenübergreifende bzw. ergänzende Fach- und Hilfskräfte

| Name, Vorname | abgeschlossene<br>Berufsausbildung als | Tätigkeit in der Einrichtung | Arbeitszeit /<br>Woche (h) |
|---------------|--|------------------------------|----------------------------|
|               |  |                              |                            |
|               |  |                              |                            |
|               |  |                              |                            |
|               |  |                              |                            |
|               |  |                              |                            |
|               |  |                              |                            |
|               |  |                              |                            |
|               |  |                              |                            |

**B Anlage B****1. Gruppen- bzw. Angebotsstruktur (für jede Gruppe auszufüllen)**

Gruppen-/Angebotsbezeichnung

Anzahl der in dieser Gruppe betreuten Kind und Jugendlichen

im Alter von (Jahre)

bis

Mädchen und Jungen

nur Mädchen

nur Jungen

Besondere Hinweise zu dieser Gruppe (z. B.: Verhaltensauffälligkeiten, Behinderungen)

**2. vorgesehene Betreuungszeiten**

Betreuung an: 250 Tagen

365 Tagen

Montag - Freitag

Wochenende/Feiertage/Ferien

von

bis

Uhr

von

bis

Uhr

Uhr

Uhr

Doppelbesetzung durch Personal

Montag - Freitag

Wochenende/Feiertage/Ferien

von

bis

Uhr

von

bis

Uhr

Rufbereitschaft

von

bis

Uhr

Nachtbereitschaft

von

bis

Uhr

Nachtdienst

von

bis

Uhr

**3. in der Gruppe tätige sozialpädagogische Fachkräfte**

| Name, Vorname | abgeschlossene Berufsausbildung als | AZ/ Woche (h) |
|---------------|-------------------------------------|---------------|
|               |                                     |               |
|               |                                     |               |
|               |                                     |               |

**4. Pädagogische Hilfskräfte**

| Name, Vorname | abgeschlossene Berufsausbildung als | AZ/ Woche (h) |
|---------------|-------------------------------------|---------------|
|               |                                     |               |
|               |                                     |               |
|               |                                     |               |

|                         |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Beantragte Kapazität ab | Datum                | Einrichtung          | Anzahl der Gruppen   |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|                       |                          |                         |                      |                                |                      |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Gesamtzahl der Kinder | davon Krippenkinder (KR) | Kindergartenkinder (KI) | Hortkinder (HO)      | Kinder mit Behinderungen (KmB) | Betreuungsalter      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>     | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |

| Gr.-Nr. | Größe Gr.-zi. in m <sup>2</sup> | Kinder-Ist |          |    |          |    |          | beantragte Kapazität |          |    |          |    |          | Personal (Name, Vorname) | Qualifikation | Wo.-arb.-zeit (in h) | sonst. Räume (Schlaf-, Mehrzweckraum etc.) |
|---------|---------------------------------|------------|----------|----|----------|----|----------|----------------------|----------|----|----------|----|----------|--------------------------|---------------|----------------------|--|
|         |                                 | KR         | dav. KmB | KI | dav. KmB | HO | dav. KmB | KR                   | dav. KmB | KI | dav. KmB | HO | dav. KmB |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |
|         |                                 |            |          |    |          |    |          |                      |          |    |          |    |          |                          |               |                      |  |