



**ANLAGE PDL\***  
**zur Betriebsanzeige nach § 7 Sächsisches Wohnteilhabegesetz (SächsWTG)**

<b>1. Allgemeine Angabe</b>	
Name/Bezeichnung der Einrichtung:	

<b>2. Leiter/Leiterin der stationären Einrichtung</b>		
Vor- und Nachname:		
Geburtsdatum:		
Wohnanschrift:	Straße, Haus-Nr.:	
	PLZ, Ort:	

<b>3. Berufsausbildung</b>		
Maßnahme	Abschluss(Jahr)	Ohne Abschluss
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>





**6. Erklärungen des/der Leiter/Leiterin und des Trägers der stationären Einrichtung**

6.1. Erklärung des/der Leiterin/Leiter		
	Nein:	Ja:
3.1.1 Ich erkläre, dass ich zu keiner Straftat gegen das Leben, sexuelle Selbstbestimmung, vorsätzlicher Körperverletzung, Erpressung, Urkundenfälschung, Untreue, Diebstahl, Unterschlagung, Betrug, gemeingefährlicher Straftaten oder Insolvenzstraftaten zu einer Freiheitsstrafe von drei Monaten verurteilt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.2 Ich erkläre, dass ich in den letzten fünf Jahren nicht wegen einer Straftat nach dem §§ 29 bis 30 b des Betäubungsmittelgesetzes verurteilt worden bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.3 Ich erkläre, dass gegen mich in den letzten 5 Jahren keine Geldbuße wegen eines Verstoßes gegen das Heimgesetz, das Sächsische Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz, das Sächsische Wohnteilhabegesetz festgesetzt worden ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1.4 Ich erkläre, dass die unter 2. Gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständige sind. Vom datenschutzrechtlichen Hinweis in der Fußnote auf Seite 1 habe ich Kenntnis genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort und Datum:		
Unterschrift:		

**6.2 Erklärung des Trägers**

Ich/wir erklären, dass die unter 2, 3, 4 und 5 gemachten Angaben zu Person, Aus- und Fortbildung sowie zum beruflichen Werdegang des/der Leiters/Leiterin der stationären Einrichtung nach meiner/unsere Kenntnis wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Ort und Datum:	
Unterschrift und Stempel der vertretungsberechtigten Person des Trägers	