



Kommunaler Sozialverband Sachsen
 Fachbereich 3, FD 350 Heimaufsicht
 Postfach 10 09 62
 04009 Leipzig

- Anzeige zur Änderung der Art der stationären Einrichtung sowie der Art und Zahl der Plätze in der Einrichtung**
 und / oder
 Anzeige zur Änderung des Raumkonzeptes

1. Allgemeine Angaben des Trägers			
Name:			
Straße / Hausnummer			
Postleitzahl / Ort:		E-Mail:	
Telefon:		Fax:	

2. Betreffende Einrichtung			
Name:			
Straße / Hausnummer			
Postleitzahl / Ort		E-Mail:	
Telefon:		Fax:	
Änderungsdatum:			

3. Änderung der Art bzw. Kapazität der Einrichtung

<input type="checkbox"/> Alten- und Pflegeeinrichtung	Anzahl vollstationäre Pflegeplätze:	
	Anzahl eingestreuete Kurzzeitpflegeplätze:	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflegeeinrichtung	Anzahl Kurzzeitpflegeplätze:	
<input type="checkbox"/> Wohnstätte für Menschen mit geistiger Behinderung	Anzahl der Plätze mit externer Tagesstruktur:	
	Anzahl der Plätze mit interner Tagesstruktur:	
<input type="checkbox"/> Sozialtherapeutische Wohnstätte	Anzahl der Plätze:	
<input type="checkbox"/> Wohnpflegeheim	Anzahl der Plätze:	
<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung für Menschen mit Wachkoma	Anzahl der Plätze:	
<input type="checkbox"/> Hospiz	Anzahl der Plätze:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

4. Änderung des Raumkonzeptes (gegebenenfalls Zusatzblatt verwenden)

Raum Nr.	Nutzung alt	Nutzung neu	Größe m ²	Anmerkung

5. Anmerkungen/ Ergänzungen

Bei spezifischen Änderungen können Sie diese hier oder auf einem Zusatzblatt ausführen.

6. Anlagen			
Unterlagen	beigefügt	nachgereicht	vorliegend
Konzeption der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baupläne mit Eintragung der Zimmernummern der Funktions- und Lagerräume, inkl. Wohnflächenberechnung (Fertigmaße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls erforderlich baurechtliche Zustimmung zur Nutzungsänderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sollte sich durch die oben genannten Änderungen bei der Leitung bzw. der vertretungsberechtigten Person des Trägers ergeben, bitten wir Sie das entsprechende Formular auszufüllen.

Datum/ Ort

Unterschrift