



**Antrag auf Förderung von Supervision
von Pflegeteams in vollstationären Pflegeeinrichtungen
(Beschluss des Sozialausschusses vom 18.10.2018)**

**Programm zur Verbesserung der Qualität in der
vollstationären Pflege**

Förderjahr 2025

**Amt für Soziale Sicherung
Altenhilfe und Pflege
S-I-AP 4.1**

**St.-Martin-Straße 53
81669 München**

Sachbearbeitung:
Frau Akav-Metz
Telefon: 089 233-68524
Frau Drubba
Telefon: 089 233-68369

E-Mail: ap4.soz@muenchen.de
Telefax: 089 233-68494

1. Allgemeine Daten

Einrichtung:

Adresse:

Ansprechperson:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Anzahl der vollstationären Pflegeplätze nach SGB XI:

2. Beantragt werden für das Jahr 2025

Gruppe 1:

Anzahl Gruppensupervisionen

à

60 Min oder

90 Min

Supervisor*in:

Beginn – Monat:

Ende – Monat:

Honorar je

60 Min **oder**

90 Min:

Gesamthonorar:

Nur wenn mindestens 101 vollstationäre Pflegeplätze vorhanden:

Gruppe 2:

Anzahl Gruppensupervisionen

à

60 Min oder

90 Min

Supervisor*in:

Beginn – Monat:

Ende – Monat:

Honorar je

60 Min **oder**

90 Min:

Gesamthonorar:

Den Antrag bitte **vollständig** und gut lesbar ausfüllen.

Nur wenn **mehr als** 161 vollstationäre Pflegeplätze vorhanden:

Gruppe 3: Anzahl Gruppensupervisionen à 60 Min oder 90 Min
Supervisor*in:
Beginn – Monat: Ende – Monat:
Honorar je 60 Min **oder** 90 Min: Gesamthonorar:

3. Werden Zuwendungen Dritter beantragt? nein

ja, wie folgt

4. Hinweise

- Die Zuschusshöhe beträgt maximal 1.725 Euro jährlich für 10 Doppelstunden à 90 Minuten oder 15 Stunden à 60 Minuten.
- Der Qualifikationsnachweis der*des Supervisors*in ist **einmalig beizulegen**.

5. Schlussbestätigung

- Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben.
- Wir erklären außerdem, dass für die beantragte(n) Maßnahme(n) keine Überfinanzierung durch weitere Zuschüsse entsteht.
- Uns ist bekannt, dass Leistungen, die aufgrund unzutreffender Angaben bewilligt wurden, zurückgefordert werden.
- Die Teilnehmer*innen der Supervision(en) sind nach Art 13 Abs.1e DSGVO darüber informiert, dass die Daten (Name, Vorname, Funktion) im Rahmen der Beantragung des Zuschusses an die Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung, S-I-AP4, weitergeleitet werden.

München, den _____

Unterschrift der Einrichtungsleitung, Stempel

Den Antrag bitte **vollständig** und gut lesbar ausfüllen.