

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V.

Verwaltung Bundesangelegenheiten, Oxfordstraße 12-16, 53111 Bonn
Telefon: +49 228 604380, Fax: +49 228 6043899, www.bpa.de, info@bpa.de

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Name und Anschrift des antragstellenden Unternehmens:

Vertretungsberechtigte/r (Name und Funktion, z.B. Inhaber/in, Geschäftsführer/in, Gesellschafter/in o. ä.):

Bundesland: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____ Internet: _____

Die bpa-Statuten (Satzung, Beitragsordnung und -regelungen) habe ich/haben wir erhalten und werden hiermit ausdrücklich anerkannt.

Die Mitgliedschaft wird für die anliegend aufgeführten Einrichtungsträger beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Vertretungsberechtigten

Bitte beachten Sie folgende Ausfüllhinweise:

Bitte führen Sie in der Anlage die Einrichtungsträger auf, für die Sie die Mitgliedschaft beantragen (z.B. X-GmbH oder Inhaber bei Einzelunternehmen).

Darüber hinaus sind sämtliche Einrichtungen und Dienste zu nennen, die von diesen Trägern betrieben werden (stationäre Einrichtungen, ambulante Dienste, betreutes Wohnen, sonstige soziale Dienste etc., siehe § 13 Abs. 1 der Satzung).

Zu Zwecken der Beitragsbemessung ebenfalls anzugeben sind alle Einrichtungen und Dienste, die zu Unternehmen gehören, mit denen ein die Mitgliedschaft beantragender Einrichtungsträger im Sinne der Satzung verbunden ist (z.B. bei Gesellschafteridentität), auch wenn für diese Unternehmen die Mitgliedschaft nicht beantragt wird (§ 7 Abs. 7 und § 13 Abs. 1 der Satzung). Miteinander verbundene Mitglieder des bpa bilden eine sog. Trägergemeinschaft und benennen zur Stimmrechtsausübung einen gemeinsamen Vertreter. Hierfür kann ein vom bpa bereitgestelltes Formular genutzt werden.

Alle mitgliedschafts- und beitragsrelevanten Veränderungen (z.B. Zahl der Einrichtungen, Platz- bzw. Stellenzahl bzw. Zahl der Wohneinheiten, Kontaktdaten, Trägerwechsel etc.) sind dem bpa jeweils unverzüglich mitzuteilen.

Die Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und der Mitgliedschaft finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf www.bpa.de.

(wird vom bpa ausgefüllt)

Empfehlung der Landesgruppe: Aufnahme / Anwartschaft ☐ ja ☐ nein (Begründung umseitig)

Bemerkungen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____
(LG-Vorsitzender)

Name, Anschrift jeder Einrichtung IK-Nummer	Einrichtungsträger mit Anschrift (bitte genaue Rechtsform angeben)	vollstat. oder bes. Wohnform: Plätze	Kurzzeit- pflege ¹⁾ : Plätze	Teilstat. ¹⁾ : Plätze	Ambul. Dienst: a) Vollzeitkräfte ²⁾ b) Wohngruppen/ - gemeinschaften ³⁾	Betreutes Wohnen: Wohneinheiten	Sonst. soz. Dienst: Plätze/Vollzeitkräfte ^{2) 4)}
					a) b)		
					a) b)		
					a) b)		

Sollte der Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte eine separate Aufstellung bei.

Bitte fügen Sie für jede Einrichtung, soweit für die jeweilige Einrichtungsart zutreffend, in Kopie bei:

- Versorgungsverträge nach dem SGB V und SGB XI inkl. aller Nachträge (ggf. Bescheinigung über Bestandsschutz)
- Leistungs-/Vergütungsvereinbarung nach dem SGB VIII, SGB IX bzw. SGB XII
- Anzeige des Betriebes bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (z. B. Heimaufsichtsbehörde, Gewerbeamt bei sonstigen sozialen Diensten)

- 1) Plätze der Kurzzeitpflege sowie der teilstationären Pflege (z.B. auch WfBM) sind nur dann getrennt aufzuführen, wenn es sich um zugelassene Solitäreinrichtungen handelt, anderenfalls gehören sie in die Rubrik „vollstationär“
- 2) Mitarbeitende Inhaber und Teilzeitbeschäftigte sind ihrem Beschäftigungsumfang entsprechend auf Vollzeitkräfte umzurechnen.
- 3) Bitte Anzahl der versorgten Wohngruppen/Wohngemeinschaften gem. Ziff. 4.2. der bpa-Beitragsordnung angeben.
- 4) Nichtzutreffendes bitte streichen.

Ich/wir beantrage/n die Mitgliedschaft im bpa e.V. für die oben aufgeführten Einrichtungsträger. Sämtliche Einrichtungen in deren Trägerschaft sind aufgelistet. Ich bin/ Wir sind aufgrund gesetzlicher Vertretungsberechtigung bzw. Bevollmächtigung befugt, die Mitgliedschaft für die genannten Einrichtungsträger zu beantragen.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Sämtliche mit oben genannten Einrichtungsträgern verbundene Unternehmen im Sinne einer Trägergemeinschaft sind aufgeführt.
- ☐ Es gibt weitere, mit oben genannten Einrichtungsträgern verbundene Unternehmen im Sinne einer Trägergemeinschaft, für die eine Mitgliedschaft nicht beantragt wird (diese bitte mit zugehörigen Einrichtungen und Diensten separat auführen).
- ☐ Anwartschaft gewünscht (§ 3 Abs. 3 Satzung, beitragspflichtig)
- ☐ Wechsel von einem anderen Trägerverband

Ort / Datum: _____

Unterschrift der/des Vertretungsberechtigten: _____