

ANTRAG

AUF ZERTIFIZIERUNG EINER HEILPÄDAGOGISCHEN PRAXIS

[VERSION 1 | 2010]



ALLGEMEINE HINWEISE

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und beantworten den vorliegenden Fragenkatalog sorgfältig und wahrheitsgemäß.

Um vorab zu überprüfen, ob Ihre persönliche Qualifikation und die räumliche und sachliche Ausstattung Ihrer Praxis den Qualitätskriterien des BHP Zertifizierungsverfahrens entsprechen, empfiehlt sich ein Blick in das Merkblatt ‚BHP Zertifizierungsverfahren für Heilpädagogische Praxen‘ [Im Internet unter: www.bhpagentur.de].

Die Qualitätskriterien des Verfahrens und die daraus resultierenden Anforderungen an die Praxisinhaber werden kontinuierlich unter Einbeziehung eines ‚Beirats BHP Agentur‘ überarbeitet und den aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der heilpädagogischen Arbeit angepasst. Bitte vergewissern Sie sich daher unter www.bhpagentur.de, dass Ihnen die aktuelle Version des Antragsbogens vorliegt.

Fügen Sie Ihrem Antrag unbedingt alle notwendigen Nachweise und Belege [in Kopie] bei. Bitte reichen Sie jedoch nur diejenigen Nachweise ein, die zur Überprüfung Ihrer im Antragsformular gemachten Angaben relevant sind!

Eine Auflistung aller einzureichenden Unterlagen finden Sie am Ende des Antrags.

Ihre
BHP AGENTUR



ANTRAG AUF ZERTIFIZIERUNG EINER/EINES

- Heilpädagogischen Praxis
- Heilpädagogischen Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- Mobilen Praxis

PERSÖNLICHE ANGABEN

NAME _____

VORNAME _____

GEBURTSDATUM _____

STRASSE | NR. _____

PLZ | ORT _____

TELEFON _____

FAX _____

E-MAIL _____

MITGLIED IM
BHP SEIT _____

>>> Bitte reichen Sie einen tabellarischen Lebenslauf ein.



.....

ANGABEN ZUR PRAXIS

NAME DER PRAXIS _____

RECHTSFORM _____

STRASSE | NR. _____

PLZ | ORT _____

TELEFON _____

FAX _____

E-MAIL _____

INTERNETADRESSE _____

PRAXIS BESTEHT SEIT _____

hiermit stimme ich einer Veröffentlichung meiner Praxisdaten auf der Homepage des BHP [Liste zertifizierter Praxen] zu.

ANGABEN ZUR HEILPÄDAGOGISCHEN AUSBILDUNG UND BERUFSTÄTIGKEIT

AUSBILDUNGSSTÄTTE _____

AUSBILDUNG VON | BIS _____

ABSCHLUSS ALS

- staatlich anerkannte/r Heilpädagog*in
- Dipl.-Heilpädagog*in
- B.A. in Heilpädagogik
- M.A. in Heilpädagogik

Äquivalenter Abschluss im Ausland _____



BERUFSTÄTIGKEIT ALS HP

VON | BIS _____ FUNKTION _____

VON | BIS _____ FUNKTION _____

VON | BIS _____ FUNKTION _____

VON | BIS _____ FUNKTION _____

>>> Bitte reichen Sie Ihr Ausbildungszeugnis mit Abschluss | Urkunde | Diplom und Arbeitszeugnisse bzw. Nachweise über 3-jährige Berufstätigkeit ein.

HEILPÄDAGOGISCHE METHODEN

Bitte nennen Sie drei schwerpunktmäßig angewandte Methoden, für die Sie jeweils mindestens 100 Ausbildungsstunden (Heilpädagogische Diagnostik: mindestens 70 Ausbildungsstunden) durch Aus- und Weiterbildungsnachweise belegen können.

Methode 1	_____	Stundenanzahl	<input type="text"/>	M1
Methode 2	_____	Stundenanzahl	<input type="text"/>	M2
Methode 3	_____	Stundenanzahl	<input type="text"/>	M3
Heilpädagogische Diagnostik		Stundenanzahl	<input type="text"/>	HD

>>> Bitte fügen Sie dem Antrag die notwendigen Aus- und Weiterbildungsnachweise bei und kennzeichnen diese bzw. die relevante Passage jeweils mit M1 (Methode 1), M2, M3 und HD (Heilpädagogische Diagnostik).

PRAXISKONZEPTION

>>> Bitte fügen Sie dem Antrag ein Konzept Ihrer Praxisarbeit bei. Hinweise zur Erstellung einer Praxiskonzeption entnehmen Sie bitte dem Merkblatt ‚Zertifizierungsverfahren für heilpädagogische Praxen‘.



ANGABEN ZUR SÄCHLICHEN AUSSTATTUNG DER PRAXIS

Das heilpädagogische Förder- und Diagnostikmaterial soll den individuellen Schwerpunkten des/der Heilpädagogen/in entsprechen.

In der Praxis vorhandenes Behandlungs-/Therapiematerial

In der Praxis vorhandenes Diagnostikmaterial



ANGABEN ZUR RÄUMLICHEN AUSSTATTUNG DER PRAXIS

Gesamtfläche der Praxis _____ m²

Anzahl der Räume _____

RAUMGRÖSSE [m²] | EINRICHTUNG UND NUTZUNG | GRUNDRISS

RAUM 1
RAUM 2
RAUM 3
RAUM 4
RAUM 5
ZUSÄTZLICHE RÄUMLICHKEITEN [WARTERAUM, WC, ABSTELLRAUM] NUTZUNG WEITERER RÄUMLICHKEITEN ZU PRAXISZWECKEN

>>> Bitte fügen Sie dem Antrag einen Grundriss Ihrer Räumlichkeiten bei.



MITARBEITERINNEN | MITARBEITER DER PRAXIS

NAME BERUFL. QUALIFIKATION ART UND UMFANG DER BESCHÄFTIGUNG
NAME BERUFL. QUALIFIKATION ART UND UMFANG DER BESCHÄFTIGUNG
NAME BERUFL. QUALIFIKATION ART UND UMFANG DER BESCHÄFTIGUNG
NAME BERUFL. QUALIFIKATION ART UND UMFANG DER BESCHÄFTIGUNG
NAME BERUFL. QUALIFIKATION ART UND UMFANG DER BESCHÄFTIGUNG



.....

ERKLÄRUNG

Ich beantrage die Zertifizierung meiner Heilpädagogischen Praxis durch den Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e. V. und versichere, alle Angaben im Antrag wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich verpflichte mich den BHP über Veränderungen, die die Grundlagen und Voraussetzungen für den Betrieb einer heilpädagogischen Praxis betreffen, unverzüglich zu informieren.

Die Praxis muss von mir spätestens zwei Jahre nach Zertifizierungsbeginn in einem Umfang von mindestens 50% der Regelarbeitszeit betrieben werden.

Mir ist bekannt, dass folgende Gründe zur Aberkennung der berufsverbandlichen Zertifizierung führen können:

- Wegfall der Zertifizierungsvoraussetzungen
- Beendigung der Mitgliedschaft im BHP / Ausschluss aus dem Verband
- Nichterfüllung der Mitteilungspflicht über wichtige Änderungen, die die Zertifizierungsvoraussetzungen der Praxis betreffen
- Grobe Pflichtverletzungen im Rahmen des Praxisbetriebes sowie Verstöße gegen berufsethische Grundsätze

Die Höhe der für die Zertifizierung anfallenden Kosten habe ich zur Kenntnis genommen. Außerdem bin ich darüber informiert, dass für mich keine Gebühren anfallen, sofern die von mir eingereichten Unterlagen nicht den Anforderungen des Zertifizierungsverfahrens entsprechen. Kommt es hingegen zu einem Audit in meiner Praxis, unabhängig von einer erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Zertifizierung, müssen die Kosten für dieses in jedem Fall von mir entrichtet werden.

Die Qualitätskriterien des Verfahrens und die daraus resultierenden Anforderungen an die Praxisinhaber werden kontinuierlich unter Einbeziehung eines ‚Beirats BHP Agentur‘ überarbeitet und den aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der heilpädagogischen Arbeit angepasst. Mir ist bewusst, dass dies veränderte Anforderungskriterien im Re-Zertifizierungsverfahren zur Folge haben.

Ort, Datum

Unterschrift



BITTE VERGESSEN SIE NICHT, IHREM ZERTIFIZIERUNGSANTRAG FOLGENDE NACHWEISE IN KOPIE BEIZUFÜGEN. SOFERN MÖGLICH, ORDNETN SIE DIE UNTERLAGEN BITTE IN UNTEN STEHENDER REIHENFOLGE AN UND MARKIEREN GGFS. ALLE JEWEILS RELEVANTEN PASSAGEN:

ANZAHL	
	VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTER ANTRAG UND ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS
	TABELLARISCHER LEBENS LAUF
	AUSBILDUNGSZEUGNIS MIT ABSCHLUSS URKUNDE DIPLOM
	ARBEITSZEUGNIS BZW. NACHWEIS ÜBER 3-JÄHRIGE BERUFSTÄTIGKEIT
	NACHWEIS VON 3 HEILPÄDAGOGISCHEN METHODEN FORT- UND WEITERBILDUNGSNACHWEISE ÜBER JE MIND. 100 STD. [M1 M2 M3] >>> Kennzeichnen Sie diese bzw. die relevante Passage jeweils mit M1, M2, M3
	NACHWEIS HEILPÄDAGOGISCHER DIAGNOSTIK / FORT- UND WEITERBILDUNGSNACHWEIS ÜBER MIND. 70 STD. [HD] >>> Kennzeichnen Sie diese bzw. die relevante Passage mit HP (Heilpädagogische Diagnostik).
	KONZEPTION DER PRAXIS >>> Hinweise zur Erstellung einer Praxiskonzeption entnehmen Sie bitte dem Merkblatt ‚Zertifizierungsverfahren für heilpädagogische Praxen‘ [www.bhpagentur.de]
	GRUNDRISS DER PRAXISRÄUME