**Sehr geehrte Antragssteller\*innen,**

**die Beantragung von Zuschussleistungen nach dem Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG) ist mit einer** **Erklärung zu Art und Umfang von vorhandenen Ressourcen verbunden, die zur Bewältigung der Auswirkungen der Coronavirus-Krise zur Verfügung gestellt werden könnten.**

**Ressourcen sind nur dann bereitzustellen, wenn dies im Einzelfall rechtlich zulässig und zumutbar ist.**

**Vielen Dank für Ihren Beitrag zur Bewältigung der Auswirkungen der**

**Coronavirus-Krise!**

Bitte übersenden Sie die beigefügte Erklärung, möglichst per E-Mail oder Fax, an den zuständigen Leistungsträger:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Landratsamt Vogtlandkreis  Geschäftsbereich I  Postplatz 5  08523 Plauen | sozialamt@vogtlandkreis.de | FAX:  03741 300 4065 |
| jugendamt@vogtlandkreis.de |

**Erklärung über Unterstützungsmöglichkeiten zur Bewältigung von Auswirkungen der Coronavirus-Krise gem. § 1 Absatz 1 des Sozialdienstleister-Einsatzgesetzes (SodEG)**

**Zeitraum: 01.01.2021 bis 31.03.2021**

Es wird gegenüber

|  |
| --- |
| **Landratsamt Vogtlandkreis** |

versichert, dass ich / das Unternehmen / der soziale Dienstleister / die Einrichtung

Benennung/Anschrift (möglichst Stempel)

|  |  |
| --- | --- |
| Unternehmen/Sozialer Dienstleister | Für Leistungsbereiche/Angebote |
|  |  |

unter Ausschöpfung aller nach den jeweiligen Umständen zumutbaren Möglichkeiten und unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben Arbeitskräfte, Räumlichkeiten sowie sonstige Sachmittel in Bereichen zur Verfügung stelle/stellt, die zur Bewältigung von Folgen der Coronavirus-Krise einsetzbar und geeignet sind, insbesondere in der Pflege und in sonstigen gesellschaftlichen und sozialen Bereichen. Erfordert die Coronavirus-Krise auch Hilfen in anderen Bereichen (z. B. Logistik für die Lebensmittelversorgung oder Erntehelfer), umfasst diese Erklärung auch diese Bereiche.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ort, Datum Unterschrift Vertretungsberechtigte/r

in Druckbuchstaben:

|  |
| --- |
|  |

Es wird zudem bestätigt, dass aufgrund von Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten nach dem Fünften Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes der Betrieb, die Ausübung, die Nutzung oder die Erreichbarkeit von Angeboten unmittelbar oder mittelbar beeinträchtigt ist. Der Bestand des Unternehmens / des sozialen Dienstleisters / der Einrichtung kann nicht durch tatsächliche Zuflüsse anderer vorrangiger Mittel selbstständig gesichert werden.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ort, Datum Unterschrift Vertretungsberechtigte/r

Zur Bewältigung der Auswirkungen der Coronavirus-Krise kann ich/ mein Unternehmen/ meine Einrichtung zum Zeitpunkt der Antragsstellung zur Verfügung stellen:

Sachmittel**1:**

|  |  |
| --- | --- |
| **aus Arbeitsbereich/Arbeitsfeld/ Dienst/Einrichtung** | **Sachmittel, die zur Verfügung gestellt werden können** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Personal**2**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **aus Arbeitsbereich/ Arbeitsfeld/ Dienst/Einrichtung** | **Personal** | **Qualifikation (medizinisch, pflegerisch, sonstiges – bitte benennen)** | **Aktueller Stand (z.B. tätig im Dienst; Zeitraum Kurzarbeit etc.)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Bitte beachten Sie die Erläuterungen unter Punkt 2 „Personal“*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Räumlichkeiten**3**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitsbereich/Arbeitsfeld/ Dienst/Einrichtung** | **Räumlichkeiten, die zur Verfügung gestellt werden können (z.B. Büro mit Telefon/PC, Beratungsräume, Aufenthaltsräume etc.)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sonstiges⁴:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Ort, Datum Unterschrift Vertretungsberechtigte/r

Informationen zum Sozialdienstleister-Einsatzgesetz finden Sie unter

<https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Informationen-Corona/Sozialdienstleister-Einsatzgesetz/sodeg.html>