**Vereinbarung**

zwischen

***autismus*** Ostwestfalen-Lippe e. V.

**Regionalverband zur Förderung von Menschen mit Autismus**

**in 33607 Bielefeld, Bleichstr. 185**

und

**Name :**.............................................................................................. (nachfolgend „Klient‘).

**Anschrift:** .............................................................................................................................................

.............................................................................................................................................

bzw. dessen/deren Rechtsvertreter.....................................................................................

**Anschrift:** .............................................................................................................................................

wird nachfolgende Vereinbarung geschlossen:

**1. Vereinbarungsgegenstand**

Der Klient/die Klientin beauftragt das Autismus-Therapie-Zentrum mit der Durchführung einer autismusspezifischen Förderung in Form einer fördertherapeutischen Einzelbegleitung. Integrativer Bestandteil der Begleitung sind die dafür notwendige Diagnostik sowie die Zusammenarbeit mit anderen Helfern oder Helfersystemen (z.B. behandelnde Psychotherapeuten oder Ärzte, Arbeitgeber, Schulen, Behörden etc.).

**2. Inhalte der Fördertherapie**

Die angebotenen Therapiemaßnahmen sind grundsätzlich personenzentriert ausgerichtet. Daraus folgt, dass fördertherapeutische Inhalte und Vorgehensweisen individuell, an der einzelnen Person (Klienten/in) orientiert, erarbeitet und durchgeführt werden. In den Rahmen der klientenzentrierten Fördertherapie werden Elemente aus unterschiedlichen, vorwiegend kognitiv-behavioralen Modellansätzen integriert. Dazu können z.B. gehören:

* Verhaltenstherapie
* Methoden des Sozialtrainings, Kommunikationstraining
* Systemische Therapie
* Klärungsorientierte Therapie
* Kognitive Schematherapie
* Achtsamkeitsorientierte Ansätze

Ziel ist es, die Persönlichkeitsentwicklung des/ der Klienten/in insgesamt zu fördern. Die Leitung und der/die Mitarbeiter/in des Therapiezentrums haben den Behandlungsprozess zu verantworten und verpflichten sich, die Behandlung des/der Klienten/in nach bestem Wissen zu gestalten.

**3. Fördertherapeut oder Fördertherapeutin**

Die Entscheidung darüber, welche/r Fördertherapeut/in mit einem/einer Klienten/in arbeitet und wer den therapeutischen Prozess durch regelmäßige Fallreflexion und Supervisionsarbeit unterstützt, obliegt dem Autismus-Therapie-Zentrum. Dazu gehört auch die Entscheidung darüber, ob bzw. wann ein Wechsel des/r Fördertherapeuten/in sinnvoll und notwendig ist.In der Regel besteht für den/die Fördertherapeuten/in die Möglichkeit zur regelmäßigen Fallreflexion mit der Leitung.

**4. Ort und Zeit der Behandlung**

Der/die Mitarbeiter/in des Autismus-Therapie-Zentrums entscheidet unter Berücksichtigung der Situation des Klienten/der Klientin und seiner/ihrerWünsche über Ort und Zeit der jeweiligen Fördertherapie**.**Sollte durch Überforderung des/r Klienten/in etc. eine begonnene Fördereinheit nicht beendet werden können, wird die eingeplante Zeit für die begonnene Fördereinheit dennoch mit dem Kostenträger abgerechnet.Die Wahl des geeigneten Durchführungsorts und die Entscheidung über den geeigneten Termin wird im Rahmen der Arbeitsorganisation des Therapiezentrums getroffen.

**5. Weg zur Therapie**

Für die Fahrt des/der Klienten/in zum Ort der Durchführung der Fördertherapie hat grundsätzlich der Klient/die Klientin Sorge zu tragen.

**6. Höhe des Entgelts und Fälligkeit**

Die Höhe des Entgelts für die vereinbarte Leistung beträgt pro Fördertherapieeinheit …… €.

Der jeweilige Rechnungsbetrag ergibt sich aus der Summe der erbrachten Leistungen eines Monats und ist spätestens 3 Wochen nach Rechnungseingang auf das folgende Konto des Autismus-Therapie-Zentrums zu überweisen:

Bank: Deutsche Bank Bielefeld

IBAN: DE54 4807 0024 0030 1671 00

BIC: DEUTDEDBBIE

Die Aufrechnung anderer Forderungen gegen das monatliche Entgelt ist nur zulässig, wenn diese un-bestritten oder rechtskräftig festgestellt sind. Soweit eine Kostenübernahme eines Leistungsträgers vorliegt, ist das Autismus-Therapie-Zentrum berechtigt, direkt mit dem jeweiligen Leistungsträger das Entgelt abzurechnen. Es wird vereinbart, dass der jeweilige Leistungsträger berechtigt und soweit möglich verpflichtet ist, dass Entgelt direkt an das Autismus-Therapie-Zentrum zu zahlen. Das Autismus-Therapie-Zentrum ist nicht verpflichtet, Anträge auf Kostenübernahme bei einem Leistungsträger zu stellen. Dies ist Aufgabe des Klienten/der Klientin selbst.

**7. Absagen von Therapieterminen**

Die Parteien dieses Vertrags vereinbaren verbindliche Termine für die jeweiligen Fördertherapieeinheiten. Sollte der Termin vom/von der Klienten/Klientin nicht wahrgenommen werden können, so ist dieses dem Autismus-Therapie-Zentrum rechtzeitig, d.h. spätestens bis 12.00 Uhr am Vortag des Termins mitzuteilen. Es wird darauf hingewiesen, dass das Autismus-Therapie-Zentrum gemäß § 615 BGB berechtigt ist, die vereinbarte Vergütung zu verlangen, ohne zur Nachleistung verpflichtet zu sein, wenn der Klient/die Klientin den vereinbarten Termin nicht wahrnimmt. Sollte das Autismus-Therapie-Zentrum in diesem Fall die Zeit der Fördertherapiestunde anders verwenden können, z.B. durch Betreuung eines neuen Klienten, und entsteht somit kein Einnahmeverlust beim Autismus-Therapie-Zentrum, so muss der Klient/die Klientin die ausgefallene Fördereinheit nicht bezahlen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Leistungsträger i.d.R. nicht verpflichtet sind, die Kosten für eine von Seiten des Klienten/der Klientin versäumte Fördereinheit zu übernehmen, wenn der Klient/die Klientin für das Versäumnis keinen wichtigen Grund (z.B. kurzfristige Erkrankung des Klienten) hatte. Das Autismus-Therapie-Zentrum hat die Pflicht, in solchen Fällen den Leistungsträger zu informieren.

**8. Schweigepflicht**

Die Geschäftsführung, die Leitung sowie die Mitarbeiter/innen der Autismus-Therapie-Zentren unterliegen der Schweigepflicht und sind zur Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Es ist ihnen nicht gestattet, personenbezogene Daten unbefugt zu einem anderen als zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck zu nutzen. Soweit es jedoch zur Durchführung der Dienstleistungserbringung erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten des Dienstleistungsnutzers weitergetragen, bearbeitet und gespeichert werden. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) werden berücksichtigt.

Damit eine für die Dienstleistungserbringung respektive den Dienstleistungsnutzer effiziente Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen und Personen möglich ist, entbindet der Klient/die Klientin durch Einwilligung sowohl die Geschäftsführung, die Leitung, die Mitarbeiter/innen der Autismus-Therapie-Zentren sowie die Mitarbeiter/Fachkräfte der anderen beteiligten Institutionen, den zuständigen Kostenträger und die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Hierfür sind gesonderte Schweigepflichtsentbindungen für die einzelnen Kontakte mit den jeweiligen Institutionen von den Personensorgeberechtigten oder dem Klienten zu unterzeichnen.

**9. Videoaufnahmen**

Im Rahmen der Qualitätssicherung, der Reflexion und Supervision der therapeutischen Arbeit ist es hilfreich, Videoaufnahmen vom Fördertherapieverlauf anzufertigen. Dem Klienten/der Klientin wird garantiert, dass diese Videoaufnahmen nur intern verwendet werden, so dass diese Aufnahmen nur Personen, die der Schweigepflicht unterliegen, zugänglich sind.

Sollte von Seiten des Autismus-Therapie-Zentrums die Absicht bestehen, eine derartige Videoaufnahme in der Öffentlichkeit vorzustellen, ist dies nur nach einer Einverständniserklärung der Personensorgeberechtigten möglich.

**10. Gültigkeit**

Diese Vereinbarung gilt zunächst für den Bewilligungszeitraum. Sie verlängert sich um den Zeitraum eines weiteren Bewilligungszeitraums, wenn von keinem der Vertragspartner bis drei Monate vor Ablauf des Vereinbarungszeitraumes Einwände hinsichtlich der Inhalte bzw. der Weiterführung der Vereinbarung erhoben werden und die Übernahme der Fördertherapiekosten gesichert ist.

…………………………………… ………………………………………

Ort, Datum Unterschrift

 .....................................................

...................................................... ........................................................

für das Autismus-Therapie-Zentrum für die Personensorgeberechtigten