

### Rechtliche Grundlage

Bundesratsbeschluss über die Allgemeinverbindlichkeitserklärung des Berufsbildungsfonds für den Sozialbereich und Reglement über den Berufsbildungsfonds für den Sozialbereich.  
Das Fondsreglement ist zu finden unter: [www.fondsocial.ch](http://www.fondsocial.ch) / Downloads.

### Bitte ergänzen/prüfen Sie folgende Angaben:

Name Betrieb \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Homepage \_\_\_\_\_

Wie viele Betriebe/Standorte sind in der Deklaration berücksichtigt? \_\_\_\_\_

**Kontaktperson**  Herr  Frau

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
weitere Mail-Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon Nr. \_\_\_\_\_

### 1. Angaben zur Betriebstätigkeit

*(Reglement Berufsbildungsfonds für den Sozialbereich, Betrieblicher Geltungsbereich Art. 5)*

Unser Betrieb erbringt Leistungen in der Betreuung, Förderung, Unterstützung und/oder Animation von **(neu sind Mehrfachnennungen bei a. bis d. möglich)**

- a. Kindern im Vorschulalter in Kindertagesstätten und/oder  
Kindern im Schulalter in Einrichtungen für die schulergänzende Betreuung
- b. Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit besonderen Bedürfnissen im  
Rahmen (teil)stationärer Angebote in Erziehungs- und Wohnheimen sowie  
Schulheimen bzw. Internaten
- c. Menschen mit Behinderung bei der Arbeit, Ausbildung, Eingliederung und Umschulung  
in Werkstätten
- d. Menschen mit Behinderung in Wohnheimen und anderen kollektiven Wohnformen  
sowie in Tagesstätten
- e. Menschen im Alter im Rahmen (teil)stationärer Institutionen wie Alters- und  
Pflegeheimen, Altersresidenzen, Tages- und Nachtstrukturen

→ Wenn Ihr Betrieb keine Leistungen in den oben genannten Bereichen erbringt, senden Sie uns bitte einen Antrag auf Nichtunterstellung mit der entsprechenden Begründung.  
Der Antrag auf Nichtunterstellung ist zu finden unter: [www.fondsocial.ch](http://www.fondsocial.ch) / Downloads

## 2. Angaben zum Personal in Ihrem Betrieb (Stand 31. Dezember 2022)

(Reglement Berufsbildungsfonds für den Sozialbereich, Persönlicher Geltungsbereich Art. 6)

	Personal in Vollzeitäquivalenten
<b>Bitte deklarieren Sie das Personal, welches in Ihrem Betrieb branchentypische Tätigkeiten erbringt:</b>	Beispiel: 100% = 1.0
a. Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA <i>(Betriebe im Altersbereich müssen diese nicht deklarieren siehe Reglement Art. 5e bzw. Art. 6 Ziff. 3b)</i>	
b. Fachfrau/Fachmann Betreuung EFZ und gleichwertige Titel (Betagtenbetreuer/in, Kleinkinderzieher/in, Behindertenbetreuer/in, Sozialagoge/in)	
c. Diplomierte/r Sozialpädagoge/in HF	
d. Diplomierte/r Kindheitspädagoge/in HF (früher Diplomierte/r Kindererzieher/in HF)	
e. Diplomierte/r Leiter/in Arbeitsagogik HF (früher Diplomierte/r sozialpädagogische/r Werkstattleiter/in HF)	
f. Diplomierte/r Institutionsleiter/in im sozial(medizinisch)en Bereich bzw. diplomierte/r Heimleiter/in	
g. Diplomierte/r Arbeitsagoge/in	
h. Teamleiter/in mit eidgenössischem Fachausweis in sozial(medizinisch)en Institutionen	
i. Sozialbegleiter/in mit eidgenössischem Fachausweis	
j. Weiteres Personal ohne o.g. Abschlüsse, das Leistungen gemäss Art. 5 erbringt (Betreuung, Förderung, Unterstützung), z.B. angeleitete Personen, Lehrpersonen, Vorpraktikum vor Lehre etc. <i>(Betriebe im Altersbereich müssen diese nicht deklarieren siehe Reglement Art. 5e bzw. Art. 6 Ziff. 3b)</i>	
<u>Nicht</u> zu deklarieren sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen in Ausbildung (EBA, EFZ, Fachmatura, HF);</li> <li>- Personal mit Hochschulabschluss in Sozialer Arbeit;</li> <li>- Kaufmännisches und hauswirtschaftliches Personal, das in der Verwaltung, in der Ökonomie oder im Hausdienst tätig ist;</li> <li>- Personal, das Freiwilligenarbeit ausführt oder Zivildienst leistet;</li> <li>- Personen in einem RAV-Beschäftigungsprogramm;</li> <li>- Personen, welche für eine weiterführende Ausbildung auf Tertiärstufe (z.B. höhere Fachschule) ein Praktikum nachweisen müssen (z.B. Dipl. Kindheitspädagoge/in HF)</li> </ul>	

## 3. Bestätigung

Wir bestätigen die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an:  
FONDSSOCIAL, Jurastrasse 19, 4600 Olten**

Vielen Dank!