Absender:

      (Ort, Datum)

Kreis Soest

50.04 Pflegeplanung und Alter

Hoher Weg 1-3

59494 Soest

**Antrag auf Gewährung eines bewohnerorientierten Aufwendungszuschusses für**

**Investitionskosten von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen**

**Antrag auf Investitionskostenförderung für die**

**[ ]  Tagespflege** **(Name/Anschrift der Einrichtung)**

[ ]  **Nachtpflege** **(Name/Anschrift der Einrichtung)**

[ ]  **Kurzzeitpflege** **(Name/Anschrift der Einrichtung)**

**[ ]  eingestreute Kurzzeitpflege** **(Name/Anschrift der Einrichtung)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die oben genannte Einrichtung wird hiermit Investitionskostenförderung für den

**Monat** **20****mit** **Pflegetag/en**

beantragt.

Es handelt sich um einen **Erstantrag**

**Seite 2** zum Antrag auf Investitionskostenförderung für den Monat       20

 an den Kreis Soest, 50.04 Pflegeplanung und Alter, Hoher Weg 1-3, 59494 Soest

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

**Anlagen:**

[ ]  Bescheid des Landschaftsverbandes über die Zustimmung zur gesonderten

 Berechnung nach der Verordnung über die gesonderte Berechnung

[ ]  Durchschrift des **letzten gültigen Versorgungsvertrages** mit der Pflegekasse

(§ 72 SGB XI) mit Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI

[ ]  Aufstellung über die Belegungstage je Nutzer („Nutzerliste“) für den Antragsmonat

[ ]  Aufstellung „Nachmeldung“ aufgrund erstmaliger rückwirkender Pflege-Einstufung

des/der Nutzer/s (z.B. vorher Pflegestufe 0, jetzt Pflegestufe 1)

[ ]  Sonstiges:

**Bestätigungen:**

Es handelt sich um [ ]  eine Solitäreinrichtung

[ ]  eine angebundene Einrichtung

[ ]  eingestreute Kurzzeitpflege

Es wird bescheinigt, dass

[ ]  bei der Berechnung der Belegungstage nur die tatsächliche Belegung durch Pflege-

 bedürftige, die einen Anspruch auf Leistungen nach den §§ 39, 41 und 42 SGB XI haben,

 (mind. Pflegestufe I) zu Grunde gelegt worden ist

[ ]  alle Nutzer der Einrichtung, für die Förderung beantragt wird, ihren gewöhnlichen Aufent-

 halt zum Zeitpunkt der Aufnahme in die o.g. Einrichtung im Kreis Soest haben bzw. in den

 zwei Monaten vor der Aufnahme im Kreis Soest zuletzt gehabt haben

[ ]  mit diesem Antrag keine Leistungen für Personen beantragt werden, die Anspruch auf

 Leistungen der Kriegsopferfürsorge haben

[ ]  den in der Anlage aufgeführten Nutzern keine Investitionskosten in Rechnung gestellt

 werden

**Seite 3** zum Antrag auf Investitionskostenförderung für den Monat       20

 an den Kreis Soest, 50.04 Pflegeplanung und Alter, Hoher Weg 1-3, 59494 Soest

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

Änderungen, zum Beispiel hinsichtlich der Zustimmung der gesonderten Berechnung oder zum Versorgungsvertrag, werden unverzüglich unaufgefordert schriftlich angezeigt.

Der Träger räumt dem Kreis Soest ein Prüfungsrecht der diesen Leistungen zugrunde liegenden Unterlagen ein. Der Träger verpflichtet sich zur Rückzahlung etwaiger zu Unrecht erhaltener Leistungen.

Der Träger erstellt prüffähige Unterlagen über die Leistungsvoraussetzungen und bewahrt sie fünf Jahre auf. Das sind Belegungslisten der Einrichtung nach Jahr und Monat geordnet und weitere Unterlagen, aus denen sich ergeben:

* Name, Vorname, Geburtsdatum
* Wohnort bei Aufnahme -ggf. in den zwei Monaten vor Aufnahme-
* Pflegestufe
* Nachweis auf Anspruch von Leistungen gem. §§ 39, 41 u. 42 SGB XI (z.B. Bescheid

der Pflegekasse)

* Datum der Aufnahme
* Datum der Entlassung
* Anzahl der tatsächlichen Aufenthaltstage
* Bestätigung der gesonderten Berechnung durch den Landschaftsverband

Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

Bank:

Ort, Datum

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

Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift des Betreibers der Einrichtung