

\_\_\_\_\_  
Name/Anschrift Absender

Datum \_\_\_\_\_

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

**Bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach der Verordnung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen und § 92 SGB XI (APG DVO NRW) vom 21.10.2014**

**Zu Unrecht erhaltene Zahlungen für die**  
Tagespflege \_\_\_\_\_ (Name und Anschrift)  
Nachtpflege \_\_\_\_\_ (Name und Anschrift)  
Kurzzeitpflege \_\_\_\_\_ (Name und Anschrift)

**Dortige/r Bescheid/e vom**  
\_\_\_\_\_ für den Monat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ für den Monat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ für den Monat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ für den Monat \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

für folgende Monate zu Unrecht erhaltene Zahlungen für bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss bitte ich für die o.g. Einrichtung mit dem nächsten Antragsmonat zu verrechnen:

Monat, Jahr	Name u. Vorname Nutzer/in	Anzahl der Pflagetage	Tages-satz	Einzel-zimmer *)	Doppel-zimmer *)
1)	_____	_____	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____	_____	_____

**Begründung zu**  
1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_  
5) \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

\*) bitte Zutreffendes ankreuzen

\_\_\_\_\_  
Stempel und rechtsverbindliche Unterschrift