
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
Pflelegesetzes 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 Aufwendungs-
zuschuss bitte ich für die o.g. Einrichtung mit dem nächsten Antragsmonat zu
verrechnen:

Monat, Jahr	Name u. Vorname Nutzer/in	Anzahl der Pflegetage	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