

Kreisverwaltung Kleve
 Fachbereich 4 – Abteilung 4.3
 z.Hd. Frau Bosch
 Nassauerallee 15 – 23
 47533 Kleve
 Telefax: 02821-85550

Antrag auf Gewährung bewohnerorientierter Aufwendungszuschüsse gemäß § 13 APG NRW

Für Monat / Jahr:	
--------------------------	--

Name der Einrichtung	
-----------------------------	--

Kurzzeitpflege ja/nein

Tagespflege ja/nein

Anschrift der Einrichtung	
----------------------------------	--

Straße:	
----------------	--

Postleitzahl/Ort:	
--------------------------	--

Ansprechpartner/-partnerin:	
Telefon:	

Bankverbindung:	
Kontoinhaber/-inhaberin:	

IBAN:	
--------------	--

BIC:	
-------------	--

	Einzelzimmer	Mehrbettzimmer
Summe der Belegungstage:		

Berechnungstäglicher Wert der Investitionsaufwendungen (€):		
--	--	--

Rechnungsbetrag (€)		
----------------------------	--	--

Summe:		
---------------	--	--

Der Antragsteller/Die Antragstellerin erklärt rechtsverbindlich, dass

- die Voraussetzungen des § 11 APG NRW erfüllt werden (Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 72 Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch -- , Vorliegen einer

Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB Sozialgesetzbuch – Elftes Buch -, sowie Vorliegen der Bestätigung zur gesonderten Berechnung nach § 11 APG DVO NRW

- alle berücksichtigten Nutzerinnen und Nutzer als Pflegebedürftige im Sinne des Sozialgesetzbuches – Elfter Teil – anerkannt sind und keine Ansprüche auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge besitzen
- den Nutzerinnen und Nutzern keine Investitionskosten in Rechnung gestellt wurden und werden
- alle berücksichtigten Nutzerinnen und Nutzer ihren gewöhnlichen Aufenthalt zum Zeitpunkt der Aufnahme oder in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme in die Einrichtung im Bereich des Kreises Kleve haben bzw. hatten
- alle entscheidungserheblichen Tatsachen für die Gewährung der Förderung (z.B. Änderungen der Voraussetzungen nach § 11 APG NRW, Betriebsschließung, Trägerwechsel) unverzüglich mitgeteilt werden
- die Angaben zu diesem Antrag vollständig und richtig sind
- zu Unrecht erhaltene Leistungen erstattet werden müssen
- dem/der Unterzeichnenden bekannt ist, dass unvollständige oder unwahre Angaben strafrechtlich verfolgt werden können (§ 263 Strafgesetzbuch)
- prüffähige Unterlagen über die Leistungsvoraussetzungen (Beleglisten, Einstufung in die jeweiligen Pflegegrade, Nachweise über Ansprüche auf Leistungen gemäß §§ 39, 41 und 42 SGB XI, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Rechnungskopien über den Aufenthalt der Nutzerinnen/Nutzer) mindestens 5 Jahre aufbewahrt werden und bei einer Überprüfung durch den Kreis Kleve vorgelegt werden müssen
- die Anzahl der Belegplätze nicht überschritten wird.

Anlagen

- Beleglisten
- Bestätigung über die gesonderte Berechnung nach § 11 APG NRW, sofern diese noch nicht vorlegt wurde oder zwischenzeitlich eine neue Kostenfestsetzung im Rahmen der gesonderten Berechnung erfolgt ist
- Kopie des Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI, sofern dieser noch nicht vorgelegt wurde oder zwischenzeitlich gegenüber der bereits vorgelegten Fassung Änderungen eingetreten sind.

Die Richtigkeit der Angaben in diesem Antrag wird hiermit rechtsverbindlich bestätigt:

17.04.2020

Datum , Unterschrift

Stempel der Einrichtung

**Bewohnerbezogener Aufwendungsüberschuss für die Einrichtungen
der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege gem. § 13 APG NRW i. V. m. §§ 17 ff APG DVO NRW**

Abrechnungszeitraum für die Kurzzeitpflege: Monat: Tage im Jahr 2020
 Abrechnungszeitraum für die Verhinderungspflege: Tage im Jahr 2020

Name, Vorname	Wohnort	Geburts- datum	Pflegegrad ankreuzen					Art der Pflege bitte Anzahl der Tage eintragen K V	Datum der Aufnahme	Datum der Entlassung	An- wesen- heits- tage in der Einrich- tung	berech- nungs- täglicher Wert	bewohner- orientierter Aufwen- dungs- überschuss	Bemerkungen	
			1	2	3	4	5								
Gesamt:												0	0,00 €		

Bankverbindung:
 Kontoinhaber:
 IBAN:
 BIC:
 Geldinstitut:

Datum Unterschrift / Stempel der Einrichtung

**Bewohnerbezogener Aufwendungszuschuss für die Einrichtungen
der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege gem. § 13APG NRW i. V. m. §§ 20 APG DVO NRW**

Monat: 2020

Abrechnungszeitraum für die Einrichtungen der Tagespflege:

Träger:

Einrichtung / Plätze:

Name, Vorname	Wohnort	Geburts- datum	Pflegegrad ankreuzen					An- wesen- heits- tage in der Einrich- tung	berech- nungs- täglicher Wert	bewohner- orientierter Aufwen- dungs- zuschuss	Bemerkungen
			1	2	3	4	5				

										0,00 €	
										0,00 €	
										0,00 €	
										0,00 €	
										0,00 €	
										0,00 €	

Gesamt:	0	0,00 €
----------------	---	--------

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Datum _____ Unterschrift / Stempel der Einrichtung _____