Kreis Minden-Lübbecke
Sozialamt
Investitionskostenförderung
Portastr. 13
32423 Minden

Antrag auf Investitionskostenförderung gemäß § 13 des Alten- und Pflegegesetzes NRW (APG NRW) i.V.m. der Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes NRW (APG DVO NRW) für Tagespflege

für den Abrechnungsmonat _____

1. Antragsteller/in

Name / Bezeichnung der Trägerin / des Trägers			
Anschrift			
Auskunft erteilt	**Name:** **Telefonnummer:** **e-mail:**		
Bezeichnung und Anschrift der Pflegeeinrichtung			
Bankverbindung:	**Name Kontoinhaber:** **IBAN:**		
Gesondert berechnungsfähige Aufwendungen je Tag und Platz lt. Zustimmungsbescheid der zuständigen Behörde	**Betrag** **€**	**Datum des Bescheides**	**Zustimmungszeitraum:**
Betriebsaufnahme der Pflegeeinrichtung:			
Inkrafttreten des Versorgungs-vertrages gem. § 72 SGB XI:		**Aktuelle Platzzahl lt. Versorgungsvertrag:**	
Institutionskennzeichen (IK):			

Wichtiger Hinweis:
Anträge auf den Zuschuss sind **bis zum 15. des folgenden Kalendermonats** zu stellen (§19 Abs. 2 APG DVO NRW).
Eine Verlängerung dieser Frist ist nicht möglich

2. Erklärungen

Der Antragsteller / Die Antragstellerin erklärt **rechtsverbindlich**, dass

1. die Voraussetzungen des § 11 APG NRW erfüllt werden (Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI, Vorliegen einer Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI und die Beachtung der Anforderungen an die Wohnqualität nach dem Wohn- und Teilhabegesetz),
2. eine Zustimmung der zuständigen Landesbehörde für die gesonderte Berechnung gem. § 82 Abs. 3 SGB XI vorliegt
3. für die auf der Folgeseite beantragten Nutzungszeiträume den betreffenden Personen eine entsprechende Leistung gem. § 41 SGB XI durch die Pflegekasse bewilligt wurde (die Bescheide werden, soweit nicht in Kopie beigefügt, 5 Jahre zur Einsichtnahme aufbewahrt),
4. der Antrag nur für Personen gestellt wird, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Kreis Minden-Lübbecke haben,
5. den Pflegebedürftigen für den Antragszeitraum keine Investitionsaufwendungen in Rechnung gestellt werden bzw. wurden,
6. die Angaben in diesem Antrag (einschl. Antragsunterlagen) vollständig und richtig sind. Der Antragsteller verpflichtet sich zur Rückzahlung etwaiger zu Unrecht erhaltener Leistungen.

3. Anlagen:

- Aufstellung über die Belegungstage für den abzurechnenden Monat
- Zustimmung zur gesonderten Berechnung gem. § 82 Abs. 3 SGB XI i.V.m. § 12 APG DVO NRW, sofern diese noch nicht vorliegt oder zwischenzeitlich eine neue Kostenfestsetzung im Rahmen der gesonderten Berechnung erfolgt ist.
  ☐ in Kopie beigefügt ☐ liegt bereits vor
- Kopie des Versorgungsvertrages nach § 72 Sozialgesetzbuch XI, sofern dieser noch nicht vorliegt oder zwischenzeitlich gegenüber der bereits vorliegenden Fassung Änderungen eingetreten sind
  ☐ in Kopie beigefügt ☐ liegt bereits vor

Mir ist bekannt, dass unvollständige und unrichtige Angaben, die zu einer erhöhten Auszahlung der Investitionskostenpauschale führen, Rückerstattungsansprüche gemäß § 45 Absatz 2 Nummer 2 Sozialgesetzbuch X nach sich ziehen.

Ort, Datum **Rechtsverbindliche Unterschrift**