Kreis Warendorf

**WICHTIGE FRIST:**

**Der Antrag ist bis spätestens 01.03. beim Kreis Warendorf einzureichen!**

Der Landrat

- Sozialamt -

Waldenburger Str.2

48231 Warendorf

**Antrag auf Gewährung einer Investitionskostenpauschale**

**nach § 12 Alten- und Pflegegesetz (APG NRW) in Verbindung mit § 24 der Verordnung zur Ausführung des APG NRW (APG DVO NRW)**

**für das Jahr \_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller/-in:** | **Aktenzeichen: 50-2550-** |
| **Träger:** |  |
| **Straße und Hausnummer:** |  |  |
| **PLZ und Ort:** |  |
| **Ansprechpartner:**Name und Vorname:Telefon-Nr.:Fax-Nr.:E-Mail-Adresse: |  |

|  |
| --- |
| **Angaben zu der ambulanten Pflegeeinrichtung,****für die die Investitionskostenpauschale beantragt wird:** |
| **Name:** |  |
| **Straße und Hausnummer:** |  |  |
| **PLZ und Ort:** |  |  |
| **Der Pflegedienst hat seine Tätigkeit aufgenommen am:** |  |  |

|  |
| --- |
| **Bankverbindung** – **bitte unbedingt angeben:** |
| **IBAN:** |  |
| **BIC:** |  |  |
| **Kreditinstitut:** |  |  |
| **Kontoinhaber:** |  |  |

|  |
| --- |
| **Erklärungen:** |
| Der Antragsteller/die Antragstellerin erklärt, dass1. die Leistungen, für die die Förderung beantragt wird, innerhalb von Nordrhein-Westfalen erbracht wurden,
2. für den Pflegedienst ein Versorgungsvertrag nach § 72 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI Bestand hat,
3. die Vorgaben nach der Vereinbarung zur Qualitätssicherung nach §§ 112 ff. SGB XI eingehalten werden,
4. den Pflegebedürftigen keine Investitionsaufwendungen in Rechnung gestellt wurden und auch nicht werden,
5. dem Kreis Warendorf alle Änderungen der entscheidungserheblichen Tatsachen für die Gewährung der Investitionskostenpauschale (z.B. Trägerwechsel, Betriebsschließung, Änderung der Bezeichnung des Dienstes, Änderung der Rechtsform, Umzug etc.) unverzüglich mitgeteilt werden,
6. die Angaben im Antrag (einschl. Antragsunterlagen) vollständig und richtig sind,
7. prüffähige Unterlagen über die Leistungsvoraussetzungen mindestens 5 Jahre aufbewahrt und bei einer Prüfung durch den Kreis Warendorf vorgelegt werden,
8. die Vorschriften des § 83 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI (Pflegebuchführungsverordnung) erfüllt werden,
9. dem/der Unterzeichner/-in bekannt ist, dass unvollständige oder unwahre Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und ggf. Rückzahlungsansprüche gem. § 45 Abs. 2 Nr. 2 SGB X begründen können.
10. Für den Antrag und die beigefügten Berechnungen habe ich die vom Kreis Warendorf zur Verfügung gestellten Vordrucke verwendet.
 |

|  |
| --- |
| **Beizufügende Anlagen!** **(sh. Internet Kreis Warendorf Aktuelles – Anliegen A-Z – Gesundheit - Investitionskostenpauschale“)** |
| * Antrag und Testat einschl. Berechnung der Investitionskostenpauschale
* prüffähige Buchungsunterlagen (z.B. Summen-/Saldenliste) des Vorjahres
* Vordruck „Kontenführung“
 |
| * Unterschriftsvollmacht und Versorgungsvertrag (**nur bei Änderungen gegenüber dem Vorjahr!)**
 |

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

Ort und Datum Name des/der Unterschreibenden in

 Druckbuchstaben

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

 Rechtsverbindliche Unterschrift