



**Antrag auf Investitionsförderung
für ambulante Pflegeeinrichtungen
Haushaltsjahr 2021**

nach Art. 74 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze
in Verbindung mit der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze

Erstantrag Folgeantrag

I. Allgemeine Daten zur Einrichtung

1. Name der Einrichtung:

Adresse:

Träger der Einrichtung:

E-Mail Adresse:

Telefon: Fax:

Bank/Kontoinhaber*in:

IBAN:

BIC:

Geschäftsführer*in:

Leiter*in:

2. Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI mit den Pflegekassen:

Versorgungsvertrag besteht (bei Erstantrag bitte Kopie des Versorgungsvertrages und den von Ihrer Einrichtung abgegebenen Strukturhebungsbogen beifügen).

Wann hat die Einrichtung ihre Tätigkeit aufgenommen?

3. Verantwortliche Pflegekraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI

Name:

Qualifikation / Funktion:

II. Einsatzbereich und -umfang der Einrichtung

1. Anzahl der versorgten Personen nach SGB XI am Stichtag 31.12.2020:

Zahl der Personen im Stadtgebiet München

Zahl der Personen im Landkreis

Zahl der Personen im Landkreis

Zahl der Personen im Landkreis

Zahl der Personen im Landkreis

2. Erbringt Ihre Einrichtung Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegeeinrichtungen? Ja Nein

Wenn ja, mit welchen?
(Kooperationsvertrag beifügen)

III. Weitere Zuwendungen und Kostenerstattungen Dritter*

Wurden von Dritten Zuwendungen/Förderungen in 2020 genehmigt? Nein

Ja, wie folgt:

(*beispielsweise für Elektromobilität oder Erstattung nach § 150 SGB XI)

IV. Anlagen – Formblätter / Nachweise

- 1. Personalausstattung** - nur im Pflege- und Hauswirtschaftsbereich Beschäftigte -
Füllen Sie hierzu bitte die Anlagen **1 A** und **1 B** aus und legen Sie **Lohnjournale / Zahlungslisten** bei.
- 2. Sach- und Raumausstattung**
Füllen Sie hierzu bitte Anlage **2** aus und legen Sie die **Ausgabenbelege** bei.
- 3. Einnahmenübersicht:**
Anlage **3** mit Bestätigung der*des Steuerberaters*in oder der*des Wirtschaftsprüfers*in **im Original**.

Schlussbestätigung:

- Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben.
- Außerdem bestätigen wir, dass die arbeitsrechtlichen Vorgaben, wie gesetzlicher Mindestlohn, eingehalten werden. Uns ist bekannt, dass Leistungen, die aufgrund unzutreffender Angaben bewilligt wurden, zurückgefordert werden.
- Wir erteilen unser Einverständnis, dass die Angaben durch Rückfragen bei den Pflege-/Krankenkassen, bei der Einwohner-Meldebehörde, bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) oder dem Spitzenverband, dem wir angehören, überprüft werden können.
- Wir sind damit einverstanden, dass Angaben aus diesem Antrag in anonymisierter Form für statistische und sozialplanerische Zwecke an damit betraute Stellen weitergegeben werden.
- Wir erkennen an, dass im Falle einer Bewilligung von Zuwendungsmitteln das Einverständnis mit der jederzeitigen Überprüfung durch die Förderstelle – auch in den von der*dem Zuwendungsnehmer*in genutzten Räumen – besteht. Zudem wird dem städtischen Revisionsamt und dem Bayer. Kommunalen Prüfungsverband ein uneingeschränktes Prüfungsrecht eingeräumt.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Pflegeeinrichtung oder der*des Trägers*in