

Antrag auf Förderung ambulanter Pflegedienste für das Kalenderjahr 2020

Posteingang

Der folgende Pflegedienst beantragt die Förderung für betriebsnotwendige Investitionsausgaben im Landkreis Oberallgäu. Maßgeblich sind die Verhältnisse im **abgelaufenen Kalenderjahr 2020**.

Name und Adresse des Dienstes

IK-Nr.:

--

Kreditinstitut:

--

IBAN:

--

BIC:

--

Leitung ambulanter Pflegedienst

--

Telefon/
E-Mail:

--

Ansprechpartner/in bei Rückfragen

--

Telefon/
E-Mail:

--

1. Erhält der oben genannte Pflegedienst eine Förderung für den Leistungsbereich des SGB XI von der Gemeinde/Stadt?

nein / ja, von _____ in Höhe von _____

2. Erhalten einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine staatliche oder kommunale Förderung? (Beispiel: Mitarbeiter der offenen Behindertenarbeit)

nein / ja (bei ja, bitte bei Punkt 5 auführen)

3. Folgende Leistungen wurden im **Kalenderjahr 2020** abgerechnet:

nach **SGB V**:

--

./. davon außerhalb des Landkreises

--

verbleibt für Leistungen im Landkreis OA

--

nach **SGB XI**:

--

./. davon außerhalb des Landkreises

--

verbleibt für Leistungen im Landkreis OA

--

**Insgesamt Leistungen
im Landkreis OA:**

--

4. Der oben genannte Pflegedienst gewährleistet die Durchführung der Leistungen mit Fachpersonal.
5. Angabe des hauptamtlichen, in der Pflege tätigen Personals. **Bitte entsprechend der Vorlage vollständig ausfüllen und als Anlage dem Förderantrag beilegen.**
Bei Verwendung von Abkürzungen geben Sie bitte eine Legende dazu an.

Vollzeit- und Teilzeitkräfte

fortlaufende Nr.	Name, Vorname	berufliche Qualifikation	Funktion	Beschäftigungszeitraum		individuelle Arbeitszeit pro Woche	Staatliche Förderung	
				Beginn TT/MM/JJ	Ende TT/MM/JJ		Ja	Nein
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auszubildende, geringfügig Beschäftigte, FSJ/BFD

fortlaufende Nr.	Name, Vorname	berufliche Qualifikation	Funktion	Beschäftigungszeitraum		Beschäftigungszeit (nur <u>eine</u> Alternative angeben)		Staatliche Förderung	
				Beginn TT/MM/JJ	Ende TT/MM/JJ	Individuelle Arbeitszeit pro Woche	Jahresarbeitsstunden	Ja	Nein
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Führen Sie bitte bei beruflicher Qualifikation zusätzlich auf, ob die Person Auszubildende/r, geringfügig Beschäftigte/r ist oder als FSJ/BFD tätig ist.

6. Es besteht Einverständnis, dass die jeweilige Berufsgenossenschaft (BGW bzw. GUVV) dem Landkreis auf Anforderung erforderliche Auskünfte erteilt.
7. Welche Gemeinden/Ortsteile bedient der ambulante Pflegedienst?
(Die Angaben sind relevant für eine Übersicht zur flächendeckenden Versorgung im Landkreis.)

Sind Änderungen am Versorgungsgebiet des ambulanten Pflegedienstes in der Zukunft geplant?

nein / ja

wenn ja, ab wann soll welche Gemeinde/Ortsteil aufgegeben bzw. neu bedient werden?

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

Ort, Datum

Unterschrift