

Antragsteller*in (Name und Anschrift des Dienstes <b>wie im Versorgungsvertrag!</b> )	Ort und Datum
--	---------------

Bitte 4-Stelliges Aktenzeichen angeben			
0			

Stadt Dortmund  
 Sozialamt – 50-9-2 IKF amb  
 Am Entenpoth 34  
 44122 Dortmund

Hiermit beantrage ich die Gewährung einer Investitionskostenpauschale nach § 12 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) für das Jahr 2022\* für folgende ambulante Pflegeeinrichtung (Pflegedienst):

Name des Pflegedienstes (Firma, vollständiger Name)	<input type="checkbox"/> Wie Antragsteller*in <input type="checkbox"/> Wie folgt:
Rechtsform (z. B. GmbH, e. V., Einzelunternehmen...)	
In welchem Rechtsverhältnis steht der Antragsteller zu dem Pflegedienst?	Antragsteller*in ist <input type="checkbox"/> Eigentümer*in (Inhaber*in oder „Träger*in“) des Dienstes <input type="checkbox"/> Geschäftsführer*in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte*r des Dienstes (Vollmacht beifügen)
Anschrift (Straße, PLZ, Ort) des Pflegedienstes:	<input type="checkbox"/> Wie Antragsteller*in <input type="checkbox"/> Wie folgt:
Auskunft erteilt:	Name/Tel. (Durchwahl)  <b><u>E-Mail:</u></b>
Aufnahme der Tätigkeit durch den Pflegedienst:	Datum:
Ist eine Schließung bzw. Veräußerung des Dienstes beabsichtigt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, zum
Anzahl der Vollzeitäquivalente, mit denen Leistungen nach SGB XI erbracht werden*	

- Es wurden nur Einnahmen für Leistungen nach Punktwerten erzielt (bitte nur Anlage 1 ausfüllen)
- Es wurden nur Einnahmen für Leistungen nach Zeit erzielt (bitte nur Anlage 2 ausfüllen)
- Es wurden Einnahmen für Leistungen nach Punktwerten und nach Zeit (z. B. LK 31 bis 33) erzielt (bitte Anlagen 1 und 2 ausfüllen)

\* Berechnungsgrundlage sind die Zahlen aus dem Jahr 2021

Die Zahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Name des Kreditinstitutes	IBAN
	DE

Ich erkläre, dass

- für den Pflegedienst ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI Bestand hat,
  - den Pflegebedürftigen keine Investitionsaufwendungen in Rechnung gestellt werden und auch nicht wurden,
  - ich alle Änderungen (z. B. Trägerwechsel, Änderung der Bezeichnung des Dienstes, Änderung der Rechtsform, organisatorische Veränderungen, Adresse) unverzüglich mitteilen werde,
  - ich mitteilen werde wenn der Pflegedienst geschlossen wird, da die Förderung nur für die Monate der Betriebsführung gezahlt wird und
  - die Angaben in diesem Antrag und den Anlagen vollständig und richtig sind. **Anlagen:**
- Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen (Nur bei erstmaliger Antragstellung oder Änderung)
- Nachweis der Vertretungsberechtigung (Handels- oder Vereinsregisterauszug, Vollmacht), falls diese noch nicht eingereicht wurde oder Änderungen eingetreten sind
- Eine Blankorechnung (Nur bei Erstanträgen und bei Änderungen, z. B. IBAN, Adresse, Rechtsform, Name)
- Bitte eine Kopie dieses unterschriebenen Antrages beifügen (nur diese beiden Seiten)
- Anlage 1, Berechnung der Investitionskostenpauschale nach Leistungskomplexen (ohne LK 31 – 33) mit Bestätigung der Richtigkeit
- Anlage 2, Berechnung der Investitionskostenpauschale **nach Zeit** (z. B. für LK 31 – 33) mit Bestätigung der Richtigkeit

Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unrichtige Angaben ggf. Rückzahlungsansprüche begründen können oder auch als Betrugsversuch bewertet und strafrechtlich verfolgt werden können.

Für diesen Antrag und die beigefügten Berechnungen habe ich die von der Stadt Dortmund zur Verfügung gestellten Vordrucke verwendet und diese nicht verändert.

Ich bin damit einverstanden, dass alle von mir gegebenen Informationen gespeichert werden.

---

Unterschrift und Wiederholung des Namens in Druckbuchstaben