

**Investitionskostenförderung für ambulante Pflegedienste
im Landkreis Aichach-Friedberg
Antrag für das Förderjahr 2024**

Allgemeine Angaben:

Name des Pflegedienstes:	
Straße:	
PLZ und Ort:	
ggf. Träger der Einrichtung:	
Ansprechpartner:	
Telefon:	
E-Mail-Adresse:	
IBAN:	
BIC:	
Beginn der Tätigkeit:	
Institutskennzeichen (IK-Nr.) des Dienstes bei der Pflegekasse:	
Werden Leistungen außer- halb des Landkreises Aichach-Friedberg erbracht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ist der ambulante Pflegedienst räumlich und/oder personell mit einer stationären Einrichtung verbunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In unserem Pflegedienst werden Auszubildende i. d. Pflege, Mitarbeitende in einem Freiwilligendienst, Werkstudenten, FOS-Praktikanten beschäftigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Investitionsaufwendungen im Jahr 2024

Gesamtbetrag der förderfähigen betriebsnotwendigen Investitionskosten: (s. Nr. 4.3 der Förderrichtlinien)	€
--	---

Angaben zur Ermittlung des Investitionskostenzuschusses

A	B	C
1.	Summe der Entgelte von Krankenkassen für SGB V-Leistungen einschließlich hauswirtschaftlicher Versorgung	€
2.	Summe der Entgelte von Pflegekasse für SGB XI-Leistungen einschließlich hauswirtschaftlicher Versorgung	€
3.	Summe der Entgelte der Selbstzahler und Beihilfe	€
4.	Gesamtsumme der Entgelte (C1 + C2 + C3)	€
5.	Anteil der im Landkreises Aichach-Friedberg erbrachten Leistungen an den im Jahre 2024 erbrachten Gesamtleistungen in Hundertstel	%

Ich bestätige,

☐ dass die Pflegeleistungen (ggf. im Verbund mit anderen Pflegediensten) rund um die Uhr an 7 Tagen in der Woche in allen Versorgungsgebieten des Versorgungsvertrages erbracht werden.

☐ dass die im SGB XI festgelegten und die mit den Kostenträgern vereinbarten Qualitätsförderungen eingehalten werden.

☐ dass mindestens eine rechnerische Vollzeitkraft für Leistungen nach dem SGB XI im Landkreis Aichach-Friedberg tätig ist.

☐ Ich erkläre hiermit, dass die in den Förderrichtlinien genannten Voraussetzungen erfüllt sind und bestätige die Richtigkeit der Angaben.

☐ Ich berechne den Fördergeber, die zur Überprüfung der Voraussetzungen notwendigen Unterlagen und Erkundigungen einzuholen, insbesondere die Prüfprotokolle des MD anzufordern (§114 SGB XI).

☐ Ich habe die datenschutzrechtlichen Bestimmungen gelesen und stimme diesen zu.
Siehe: Link <https://lra-aic-fdb.de/wp-content/uploads/2023/02/13-Datenschutzhinweis-SG-13-2023.pdf>

Datum

Unterschrift

Anlagen:

Anlage 2 – Personalübersicht

Zurück an:

E-Mail (bevorzugt)

silvia.thurner@lra-aic-fdb.de

Fax

08251 92 480 388

Post

Landratsamt
Aichach-Friedberg
SG 13
Münchener Str. 9
86551 Aichach