

Antragstellende Pflegeeinrichtung  
(Name, Anschrift, Telefonnummer)

\_\_\_\_\_ Datum

Ansprechpartner/in:  
Tel.-Durchwahl:

Kreis Steinburg  
Der Landrat  
-Kreissozialamt-  
Postfach1632  
25506 Itzehoe

Eingangsdatum/Handzeichen

### Antrag auf Gewährung von Zuschüssen zu den Investitionsaufwendungen gemäß §6 Abs. 3 Landespflegegesetz (LPflegeG)

für  **Tages-/Nachtpflege**  **Kurzzeitpflege**

Name, Vorname der/des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Pflegegrad	Staatsangehörigkeit
Wohnanschrift:	seit wann:
ggf. Name und Anschrift der Betreuerin /des Betreuers (bitte Ablichtung des Betreuerausweises beifügen)	
Name und Anschrift der zuständigen Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> <b>Tages-/ Nachtpflege</b> Beginn der Tages-/ Nachtpflege: (Tag, Monat, Jahr)  Ende der Tages-/ Nachtpflege: (Tag, Monat, Jahr)  Die pflegerische Versorgung erfolgt regelmäßig an .....Tagen/ Nächten in der Woche.	<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b> Beginn/ Tag der Aufnahme in die Einrichtung:: (Tag, Monat, Jahr)  Ende der Kurzzeitpflege: (Tag, Monat, Jahr)

## A. Angaben zur Pflegeeinrichtung

### a) Versorgungsvertrag/Pflegesatzvereinbarung

- Es besteht ein Versorgungsvertrag gem. § 72 Abs. 1 SGB XI.
- Es besteht eine Pflegesatzvereinbarung gem. § 72 Abs. 1 SGB XI.

### b) Die gesonderte Berechnung betriebsnotwendiger Investitionskosten gemäß § 82 Abs. 3 SGB

- liegt bereits vor.
- ist beigelegt.
- entfällt. In der geltenden Pflegesatzvereinbarung ist der Pflegesatz um Investitionskosten in Höhe von ..... Euro täglich gekürzt worden.

**Investitionsaufwendungen werden der oder dem Pflegebedürftigen nur insoweit in Rechnung gestellt, als sie nicht durch die Zuschüsse gemäß § 6 Abs. 3 LPflegeG abgegolten werden. Investitionsaufwendungen, die von Pflegebedürftigen bereits gezahlt worden sind, werden diesen in Höhe der gewährten Investitionskostenzuschüsse erstattet.**

### c) Bankverbindung:

## B. Anschrift des zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge

- sofern bereits Leistungen nach dem SGB oder BVG gewährt werden.

## C. Anmerkungen:

Anlagen:  
Bescheid der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Unterschrift