

\_\_\_\_\_  
Name/Anschrift der Antrag stellenden Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kreis Steinburg  
Der Landrat  
Gesundheitsamt  
Viktoriastr. 17 a  
25524 Itzehoe

L

J

**Antrag auf Gewährung einer Investitionskostenpauschale gemäß § 6 Abs. 2 Landespflegegesetz (LPflegeG) in Verbindung mit der Vereinbarung zu § 6 Abs. 2 LPflegeG**

**hier: Ambulanter Pflegedienst / Sozialstation** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die vorgenannte Investitionskostenpauschale beantragen wir **für das Jahr** \_\_\_\_\_ .

Der Umsatz des Vorjahres \_\_\_\_\_ beträgt \_\_\_\_\_ €  
und ist wie folgt auf die Kreise und kreisfreien Städte aufzuteilen:

	Kreis Steinburg - € -	- € -	- € -
Umsätze nach dem <b>SGB XI</b> (von der gesetzlichen Pflegeversicherung), aber <b>ohne</b> zusätzl. Betreuungsleistungen nach § 45 b Abs. 1 SGB XI, und <b>ohne</b> zusätzl. Leistungen nach § 38 a SGB XI			
Umsätze nach den §§ 61 bis 66 <b>SGB XII</b> (als Hilfe zur Pflege erhaltene Sozialhilfe nach dem 7. Kap. des SGB XII)			
von Selbstzahlern gezahlte Vergütungen für Leistungen im Sinne des <b>SGB XI</b>			
Insgesamt			

Sofern der Vorjahresumsatz auf noch weitere Kreise und kreisfreie Städte aufzuteilen ist, muss eine entsprechende spezifizierte Aufstellung über die Umsätze dem Antrag beigelegt werden.

Zum Antrag erklären wir folgendes:

1. Es besteht ein geltender Versorgungsvertrag gemäß § 72 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und eine gültige Vergütungsvereinbarung gemäß § 89 SGB XI.
2. Wir erklären unser Einverständnis mit der abgeschlossenen Vereinbarung zu § 6 Abs. 2 LPflegeG.
3. Wir verzichten seit \_\_\_\_\_ auf die gesonderte Berechnung von Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI gegenüber allen pflegebedürftigen Personen.

4. Wir erklären, dass die unter Ziffer 1. -3. genannten Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Antragstellung für mindestens 3 volle Kalendermonate im laufenden Kalenderjahr vorliegen.

5 a. Der Pflegedienst wurde im Vorjahr durch kommunale Zuschüsse gefördert:  JA  NEIN

Wenn ja, von welcher Stelle?

---

5 b. Zur Deckung möglicher Unterschüsse bestehen Vereinbarungen mit kommunalen Gebietskörperschaften:  JA  NEIN

Wenn ja, von welcher Stelle?

---

6. Wir bestätigen, dass diesem Antrag eine weitere spezifizierte kreisweise Aufteilung der Umsätze beigefügt ist, sofern Umsätze außerhalb des Kreises Steinburg im Land Schleswig-Holstein (z. B. im Kreis Pinneberg, Kreis Dithmarschen) erzielt wurden.

7. Wir bestätigen, dass **keine** weiteren Umsätze, insbesondere mit in Hamburg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern wohnenden Pflegebedürftigen, in den umseitig genannten Umsatzangaben enthalten sind.

8. Wir bestätigen, dass in den umseitig genannten Umsätzen keine Umsätze nach dem SGB V (Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung), keine Umsätze nach § 45b Abs. 1 SGB XI (zusätzliche Betreuungs- u. Entlastungsleistungen) und keine Umsätze nach § 70 Abs. 1 bis 3 SGB XII (zur Weiterführung des Haushalts geleistete Sozialhilfe) enthalten sind.

**Nachrichtlich** zur Kenntnis gegeben werden folgende Umsätze, die **nicht** zu den bereits auf Seite 1 beschriebenen Umsätzen gehören:

- Umsätze nach dem SGB V  
(von der gesetzlichen Krankenversicherung) = \_\_\_\_\_ €
- Umsätze nach § 45b Abs. 1 SGB XI  
(zusätzliche Betreuungs- u. Entlastungsleistungen) = \_\_\_\_\_ €
- Umsätze nach § 70 Abs. 1 bis 3 SGB XII  
(zur Weiterführung des Haushalts geleistete Sozialhilfe) = \_\_\_\_\_ €
- sonstige Umsätze, z. B. \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ €

Wir erklären, dass

- eine anteilige Rückzahlung entsprechend § 4 Abs. 8 der vorgenannten Vereinbarung erfolgt, sofern der Pflegedienst vor Ablauf des Bewilligungsjahres seinen Betrieb einstellt,
- die für das Land, die Kreise und kreisfreien Städte geltenden Prüfungsrechte anerkannt werden, insbesondere die des Landesrechnungshofes Schleswig-Holstein nach Artikel 56 Landesverfassung sowie den §§ 88, 91 und 104 Landeshaushaltsordnung.

Wir bitten um Überweisung der Investitionskostenpauschale auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Name Geldinstitut: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Trägers des Pflegedienstes