
Antragsteller

Ort, Datum

Kreis Gütersloh
Abteilung Soziales

33324 Gütersloh

Az.: 3.3.2 - InvAmb (Bitte unbedingt angeben!)

Betr.: Antrag auf Gewährung einer Investitionskostenpauschale nach § 10 Abs. 2 Landespflegegesetz (PfG NW) i.V.m. § 3 der Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AmbPFFV) für das Jahr 2020

1. Antragsteller/-in	
Name/ Bezeichnung der Trägerin/ des Trägers	
Anschrift: <i>Straße/PLZ/Ort/Kreis</i>	
Auskunft erteilt: <i>Name/Tel. (Durchwahl)</i> <i>E-Mail</i>	
Bezeichnung und Anschrift der ambulanten Pflegeeinrichtung, für die die Investitionskostenpau- schale beantragt wird: <i>Straße/PLZ/Ort/Kreis</i>	
Aufnahme der Tätigkeit durch die ambulante Pflegeeinrichtung: <i>Tag/Monat/Jahr</i>	
Bankverbindung: <i>IBAN:</i>	
<i>BIC:</i>	
<i>Bezeichnung des Kreditinstitutes</i>	
<i>Name des Kontoinhabers, sofern nicht mit dem Träger identisch:</i>	
Institutionskennzeichen (IK)	
Zugehörigkeit zu einem Spitzen- verband der Freien Wohlfahrts- pflege oder einer privaten Organi- sation	<input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> nein

2. Erklärungen

Der Antragsteller erklärt, dass

- 2.1 die Voraussetzungen des § 10 Landespflegegesetz erfüllt werden (Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI, Vorliegen einer Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI),
- 2.2 die Qualitätsvorgaben nach der Vereinbarung zur Qualitätssicherung gemäß § 80 SGB XI eingehalten werden,
- 2.3 den Pflegebedürftigen für den Antragszeitraum **keine** Investitionsaufwendungen in Rechnung gestellt werden bzw. wurden,
- 2.4 dem Kreis alle Änderungen der entscheidungserheblichen Tatsachen für die Gewährung der Investitionskostenpauschale (z. B. Betriebsschließung, Trägerwechsel, Änderung der Bezeichnung des Dienstes, Änderung der Rechtsform, organisatorische Veränderungen) unverzüglich mitgeteilt werden,
- 2.5 die Angaben in diesem Antrag (einschl. Antragsunterlagen) vollständig und richtig sind.

3. Anlagen

- Berechnung der Investitionskostenpauschale für den unter Ziffer 1 aufgeführten Dienst
- **Kopie des Versorgungsvertrages** nach § 72 Abs. 1 SGB XI, **sofern dieser noch nicht vorliegt oder zwischenzeitlich gegenüber der vorliegenden Fassung Änderungen eingetreten sind**
- Nachweis der Vertretungsberechtigung/Vollmacht, sofern diese noch nicht vorliegt oder zwischenzeitlich Änderungen eingetreten sind

(Ort)

(Datum)

(Rechtsverbindliche Unterschrift)