

Landratsamt  
Dingolfing - Landau  
z.Hd.v. Frau Fischhold  
Postfach 1420

84125 Dingolfing

**Antrag auf Förderung von ambulanten Pflegediensten für das Haushaltsjahr**

\_\_\_\_\_

nach dem Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) in Verbindung mit der  
Verordnung zu diesem Ausführungsgesetz (AVPflegeVG)

**Bitte beachten!** Es können nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden.

Erstantrag       Folgeantrag

**a) Allgemeine Daten zur Einrichtung**

Name der Einrichtung:	
Adresse:	
Telefon:	Fax:
Träger der Einrichtung:	
Ansprechpartner/in:	
Bankverbindung:	
IBAN:	
BIC:	
IK - Nr.:	

**b) Einsatzbereich der Einrichtung**

Die Einrichtung ist tätig:  im gesamten Landkreisgebiet

Nur in folgenden Gemeinden:

---

Auch in folgenden angrenzenden Landkreisen:

---

Wie viele Personen versorgt der Dienst dort?

---

Wie hoch ist der Anteil an dort erbrachten Leistungen nach dem SGB XI bezogen auf die erbrachten Gesamtleistungen?

---

**Pflegt und versorgt Ihr Dienst ausschließlich psychisch kranke Personen?**

Ja  Nein

**Wie viele Personen in welcher Pflegestufe wurden am 31.12. des Vorjahres durch Ihren Dienst versorgt?**

Pflegegrade	1	2	3	4	5
Zahl der Personen im Stadtgebiet Dingolfing					
Zahl der Personen im Stadtgebiet Landau					
Zahl der Personen im übrigen Landkreisgebiet					

**c) Angaben zur Berechnung des Förderbetrages**

Personalstand -nur im Pflege- und Hauswirtschaftsbereich Beschäftigte-:  
Füllen Sie bitte hierzu Anlage 1 aus.

Abrechnungsbetrag lt. Erlösnachweisen nach SGB V \_\_\_\_\_ Euro  
./. Abrechnungsbetrag für außerhalb des Landkreises erbrachte Leistungen nach SGB V \_\_\_\_\_ Euro

⇒ ergibt Abrechnungsbetrag nach SGB V für den Landkreis \_\_\_\_\_ Euro

Abrechnungsbetrag lt. Erlösnachweisen nach SGB XI \_\_\_\_\_ Euro  
./. Abrechnungsbetrag für außerhalb des Landkreises erbrachte Leistungen nach dem SGB XI \_\_\_\_\_ Euro  
./. Zuschüsse von Gemeinden nach SGB XI \_\_\_\_\_ Euro

⇒ ergibt Abrechnungsbetrag nach SGB XI für den Landkreis \_\_\_\_\_ Euro

Verhältnis zwischen den Abrechnungsbeträgen betreffend den Landkreis zwischen SGB V und SGB XI \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Anzahl der rechn. Vollzeitkräfte betreffend SGB XI lt. obiger Verhältniszahl \_\_\_\_\_ VzKr.

**Schlussbestätigung:**

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben. Uns ist bekannt, dass Leistungen, die aufgrund unzutreffender Angaben bewilligt wurden, zurückgefordert werden. Wir erteilen unser Einverständnis, dass die Angaben ggf. durch Rückfragen bei den Pflege/Krankenkassen, bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege (BGW) bzw. bei dem Spitzenverband, dem wir angehören, überprüft werden können. Wir sind damit einverstanden, dass Angaben aus diesem Antrag in anonymisierter Form für statistische und sozialplanerische Zwecke an damit betraute Stellen weitergegeben werden.

---

Ort, Datum                      Unterschrift und Stempel d. Einrichtung



Name, Vorname

berufl.  
Qualifikation

Funktion

Beschäfti-  
gungszeit

Wochenar-  
beitszeit

Jahresar -  
beitszeit

Vollzeit-  
kraft\*

Teilzeitbeschäftigte

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Name, Vorname	berufl. Qualifikation	Funktion	Beschäftigungszeit	Wochenarbeitszeit	Jahresarbeitszeit	Vollzeitkraft*
<u>Anerkennungspraktikanten (Anrechnungsfaktor 0,66)</u>						
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<u>Zivildienstleistende (Anrechnungsfaktor 0,8)</u>						
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Gesamtsumme der Vollzeitkräfte**

\_\_\_\_\_

Es ist stets von der Dienst üblichen Arbeitszeit auszugehen. Wer das ganze Jahr über die übliche Arbeitszeit geleistet hat, ist immer eine Vollzeitkraft (1,0).

Für Versicherte, die dem Unternehmen nicht das ganze Jahr angehört haben oder nur teilzeitbeschäftigt waren, werden die geleisteten Arbeitsstunden zusammengezählt und zu "Vollbeschäftigten", umgerechnet. Geringfügig Beschäftigte sind in diesem Sinn auch Teilzeitbeschäftigte.

Die Errechnung der Vollbeschäftigten erfolgt, indem die im Kalenderjahr geleisteten Arbeitsstunden addiert werden und dann durch **die jeweilige Jahresarbeitsstundenzahl** dividiert wird.