

|  |  |
|--|--|
| Anlage 1 der<br>Richtlinien zur Förderung ambulanter Pflegedienste<br>im Landkreis Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim<br>vom 14. März 2016 | <b>Eingang des Antrages:<br/>(Eingangsstempel)</b> |
|--|--|

**Antrag auf Bewilligung von Investitionsförderungen  
für ambulante Pflegedienste für das Haushaltsjahr 2025 auf der  
Basis des Vorjahres (Kalenderjahr 2024)**

|           |   |
|-----------|---|
| <b>I.</b> | <b>Allgemeine Daten zum ambulanten Pflegedienst</b> |
|-----------|---|

|           |   |  |
|-----------|---|--|
| <b>1.</b> | <b>Name des ambulanten Pflegedienstes</b> |  |
|           | IK-Nr.                                    |  |
|           | Adresse:                                  |  |
|           | Träger der Einrichtung:                   |  |
|           | E-Mail Adresse:                           |  |
|           | Telefon:                                  |  |
|           | Fax:                                      |  |
|           | <b>Bankverbindung</b><br>Geldinstitut:    |  |
|           | IBAN:                                     |  |
|           | BIC:                                      |  |
|           | <b>Geschäftsführer(in):</b>               |  |
|           | <b>Leiter(in):</b>                        |  |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| <b>2.</b> | <b>Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI mit den Pflegekassen:</b>   |           |
|           | Versorgungsvertrag besteht<br>(Bei Erstantrag bitte Kopie des<br>Versorgungsvertrages und den von Ihrem Dienst<br>abgegebenen Strukturhebungsbogen beifügen.) | Ja / Nein |
|           | <b>Wann hat Ihr Pflegedienst seine Tätigkeit<br/>aufgenommen:</b>   |           |

|            |   |
|------------|---|
| <b>II.</b> | <b>Einsatzbereich und -umfang des ambulanten Pflegedienstes</b> |
|------------|---|

|           |   |   |
|-----------|---|---|
| <b>1.</b> | <b>Räumlich</b>   |   |
|           | Der ambulante Pflegedienst ist prozentual tätig                               |   |
|           | im Gebiet des Landkreises<br>Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim zu              | % |
|           | (bitte Gemeinden angeben:)  |   |
|           | außerhalb des Gebietes des Landkreises<br>Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim zu | % |
|           | (bitte Landkreise angeben:)   |   |

|           |  |  |
|-----------|--|--|
| <b>2.</b> | <b>Anzahl der versorgten Personen nach SGB XI<br/>am Stichtag 31.12.2024:</b>                |  |
|           | Zahl der Personen im Gebiet des Landkreises<br>Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim              |  |
|           | Zahl der Personen außerhalb des Gebietes des<br>Landkreises Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim |  |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>3.</b> | <b>Kooperation mit anderen Pflegediensten</b>                                |           |
|           | Erbringt Ihr Dienst Leistungen in Kooperation mit<br>anderen Pflegediensten? | Ja / Nein |
|           | Wenn ja, mit welchen:  |           |

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| <b>III.</b> | <b>Verantwortliche Pflegekraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI</b> |  |
|             | Name:  |  |
|             | Qualifikation / Funktion:                                  |  |

|            |   |
|------------|---|
| <b>IV.</b> | <b>Anlagen – Formblätter / Nachweise</b>  |
|            | <p>Personalausstattung - nur im Pflege- und Hauswirtschaftsbereich Beschäftigte -</p> <p>Füllen Sie hierzu bitte die Anlagen 2 aus und legen Sie Lohnjournale / Zahlungslisten bei.</p> |

|           |  |             |
|-----------|--|-------------|
| <b>V.</b> | <b>Beantragt wird die Förderung für das (abgelaufene) Kalenderjahr</b>   |             |
|           | Maßgeblich sind die Verhältnisse des abgelaufenen Kalenderjahres:  | <b>2024</b> |
|           | Wieviele Vollzeitkräfte waren rechnerisch insgesamt beschäftigt?   |             |
|           | Der Abrechnungsbetrag für die Leistungen nach SGB V (nach Gewinn- und Verlustrechnung) beträgt insgesamt:  |             |
|           | Davon entfallen auf den Landkreis Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim:  |             |
|           | sowie auf andere Kommunen (Städte, Landkreise)   |             |
|           | Der Abrechnungsbetrag für die Leistungen nach SGB XI beträgt insgesamt:  |             |
|           | Davon entfallen auf den Landkreis Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim:  |             |
|           | sowie auf andere Kommunen (Städte, Landkreise)   |             |
|           | Das Verhältnis zwischen beiden Beträgen (Landkreisanteil SGB V/SGB XI) ist:  |             |
|           | Die Anwendung dieses Verhältnisses auf die rechnerischen Vollzeitkräfte ergibt folgenden Anteil am Leistungsbereich des SGB XI:  |             |
|           | Dieser Betrag mindert sich gemäß Nummer 6 der Förderrichtlinien um den Anteil der außerhalb des Landkreises erbrachten Gesamtleistung sowie gegebenenfalls um die gemeindliche Förderung, soweit er für den Leistungsbereich des SGB XI gewährt wurde. |             |
|           | Die Höhe einer diesbezüglichen gemeindlichen Förderung beträgt:  |             |
|           | Aus der Vervielfachung des auf SGB XI entfallenden Anteils der rechnerischen Vollzeitkräfte mit der noch zu errechnenden anteiligen Förderpauschale ergibt sich der Förderbetrag.  |             |

**Schlussbestätigung:**

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben. Außerdem bestätigen wir, dass die arbeitsrechtlichen Vorgaben, z. B. gesetzlicher Mindestlohn, eingehalten werden. 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 Einwohner-Meldebehörde, 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 des  
Pflegedienstes bzw. des Trägers

**Urschriftlich an:**

Landratsamt  
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim  
Sachgebiet 21  
Konrad-Adenauer-Str. 1  
91413 Neustadt a.d.Aisch