Tagespflege

Name der Einrichtung: _____
Anschrift: _____
Ansprechpartner: _____
Tel.: _____
E-Mail: _____

Abrechnungsmonat: _____

IBAN: _____
BIC: _____
Kreditinstitut: _____

Antrag auf Investitionskostenförderung gem. §13 Alten- und Pflegegesetz NRW

Rechnungsnummer: _____

Berechnungstäglicher Wert: _____

Name des Gastes:	Vorname:	Geb.:	Meldeanschrift bei Aufnahme:	Pflegegrad:	Aufnahmetag:	Entlassungstag:	Aufenthaltsdauer in Tagen:	Investitionskosten je Gast:

Summe der beantragten Investitionskosten: _____

Der Antragsteller erklärt, dass die Angaben in diesem Antrag vollständig und richtig sind und den Pflegebedürftigen keine gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen in Rechnung gestellt werden.
Der Aufwendungszuschuss wird nur für Plätze beantragt, die von Personen genutzt wurden, die als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI anerkannt sind (ab Pflegegrad 1), die nicht Leistungen der Kriegsopferfürsorge beziehen und sich nicht in vollstationärer Pflege befinden.

Datum: _____ Unterschrift, Stempel