**Antrag auf Förderung ambulanter Pflegedienste
für das Kalenderjahr 2024**

Der folgende Pflegedienst beantragt die Förderung für betriebsnotwendige Investitionsausgaben
im Landkreis Oberallgäu. Maßgeblich sind die Verhältnisse im **abgelaufenen Kalenderjahr 2024.**

|  |  |
| --- | --- |
| Name Pflegedienst | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße, Haus-Nr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| PLZ, Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| IK-Nr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kreditinstitut | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| IBAN | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| BIC | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Leitung ambulanter Pflegedienst | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon-Nr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Ansprechpartnerin oder Ansprechpartnerbei Rückfragen | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon-Nr. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

1. **Erhält der oben genannte Pflegedienst eine Förderung für den Leistungsbereich des SGB XI von der
Gemeinde/Stadt?**

|  |
| --- |
| [ ]  nein |
| [ ]  ja, |
| und zwar von | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| in Höhe von | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

1. **Erhalten einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine staatliche oder kommunale Förderung?**
*(Beispiel: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der offenen Behindertenarbeit)*

|  |
| --- |
| [ ]  nein |
| [ ]  ja, *(wenn ja, bitte in der angehängten Personaltabelle aufführen [vgl. Punkt 5] und entsprechenden Beleg beifügen)* |

1. **Folgende Leistungen wurden im Kalenderjahr 2024 abgerechnet:**

|  |  |
| --- | --- |
| nach **SGB V** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| ./. davon außerhalbdes Landkreises OA | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| verbleibt für Leistungenim Landkreis OA | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| nach **SGB XI** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| ./. davon außerhalb des Landkreises OA | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| verbleibt für Leistungenim Landkreis OA | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Insgesamt Leistungen im Landkreis OA** | **Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.** |

1. **Der oben genannte Pflegedienst gewährleistet die Durchführung der Leistungen mit Fachpersonal.**
2. **Angabe des hauptamtlichen, in der Pflege tätigen Personals:**
* Vollzeit- und Teilzeitkräfte
* Auszubildende, geringfügig Beschäftigte, FSJ/BFD
	+ *Führen Sie bitte bei beruflicher Qualifikation zusätzlich auf, ob die Person Auszubildende/Auszubildender, geringfügig Beschäftigte/Beschäftigter ist oder als FSJ/BFD tätig ist.*

**Bitte entsprechend der Vorlage vollständig ausfüllen und als Anlage dem Förderantrag beilegen. Bei
der Verwendung von Abkürzungen geben Sie bitte eine Legende dazu an.**

1. **Es besteht Einverständnis, dass die jeweilige Berufsgenossenschaft (BGW bzw. GUVV) dem Landkreis auf Anforderung erforderliche Auskünfte erteilt.**
2. **Werden/Wurden den Klientinnen und Klienten des ambulanten Pflegedienstes Investitionskosten in Rechnung gestellt (Stichtag: 31.12.2024)?**

[ ]  nein

[ ]  ja

**wenn ja, in welcher Höhe (in Prozent)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Prozent |

1. **Welche Gemeinden/Ortsteile bedient der ambulante Pflegedienst?**

*(Die Angaben sind relevant für eine Übersicht zur flächendeckenden Versorgung im Landkreis.)*

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Sind Änderungen am Versorgungsgebiet des ambulanten Pflegedienstes in der Zukunft geplant?**

[ ]  nein

[ ]  ja

**wenn ja, ab wann soll welche Gemeinde/Ortsteil aufgegeben bzw. neu bedient werden?**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |