

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

Hansestadt Lübeck  
Bereich Soziale Sicherung  
Team 2.500.12  
Kronsforder Allee 2-6  
23560 Lübeck

\_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Verwendungsnachweis

(vorzulegen bis 30.06. des Folgejahres)

**betr. die Gewährung eines pauschalen Zuschusses gemäß der Vereinbarung nach § 6 Abs. 2 Landespflegegesetz (LPflegeG) an ambulante Pflegedienste zur Abgeltung laufender Investitionsaufwendungen**

Ich/Wir bestätige/n, dass der pauschale Zuschuss **für das Jahr** \_\_\_\_\_

**in Höhe von** \_\_\_\_\_ **€** vereinbarungsgemäß verwendet wurde.

Ich/Wir erkläre/n:

- Es bestand während des gesamten Bewilligungszeitraumes ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI.
- Auf die gesonderte Berechnung von Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI gegenüber allen pflegebedürftigen Personen wurde während des gesamten Bewilligungszeitraumes verzichtet.
- Die Pflegeeinrichtung wurde  während des gesamten Jahres \_\_\_\_\_ bzw.  nur vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ betrieben.
- Der Nachweis des Vorjahresumsatzes entsprechend § 5 Abs. 2 der Vereinbarung zu § 6 Abs. 2 LPflegeG mit Aufteilung auf die Kreise / kreisfreie Städte bzw. auf evtl. weitere Bundesländer ist beigelegt.
- Der Nachweis des Vorjahresumsatzes enthält **keine** Umsätze mit in anderen Kreisen, kreisfreien Städten (z. B. Kreis Stormarn, Kreis Herzogtum Lauenburg, Kreis Ostholstein) oder in anderen Bundesländern (Hamburg, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern) wohnenden Pflegebedürftigen.
- Es bestehen **keine** Defizitdeckungsvereinbarungen mit kommunalen Gebietskörperschaften (ausgenommen Zuschüsse nach § 7 LPflegeG und zweckgebundene Zuschüsse für gesondert vereinbarte Leistungen) und es erfolgte **keine** Förderung durch kommunale Zuschüsse.  
Falls doch, mit/von wem ? \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. Nichtzutreffendes bitte streichen.**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Trägers des Pflegedienstes)