
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)