

**Antrag auf Bewilligung des städtischen Zuschusses zur Förderung
von ambulanten Pflegediensten für das Haushaltsjahr _____**

nach der Bayer. Gesetz zur Ausführung des SGB XI (AG Pflege VG)
in Verbindung mit der Bayer. Verordnung zur Ausführung des SGB XI (AV Pflege VG)

Bitte beachten: Es können nur vollständig ausgefüllte Anträge bearbeitet werden.

Erstantrag Folgeantrag

I. Allgemeine Daten zum Pflegedienst

1. Name des Pflegedienstes: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Träger des Pflegedienstes: _____

Ansprechpartner/in: _____

Name der(s) Leiterin(s): _____

Adresse der(s) Leiterin(s): _____

Bankverbindung des
Pflegedienstes: _____

2. Versorgungsantrag gem. § 72 SGB XI mit den Pflegekassen?

Versorgungsantrag besteht - Bei Erstantrag bitte Kopie des Versorgungsantrages und den von
Ihrem Pflegedienst abgegeben Strukturhebungsbogen beifügen

Versorgungsvertrag besteht nicht Institutionskennzeichen _____

II. Einsatzbereich und -umfang des Pflegedienstes:

1. Räumlich:

Der Pflegedienst ist tätig:

Im gesamten Stadtgebiet

Nur in bestimmten Stadtteilen: _____

Auch in angrenzenden Landkreisen/Städten: _____ mit _____%

2. Wirtschaftlich lt. GUV-Rechnung

Erlösanteil / Isteinnahmen nach SGB V _____ €

nach SGB XI _____ €

3. Zeitlich

Wann erbringt der Pflegedienst die Pflegeleistungen gem. SGB XI? (mehrere Nennungen sind möglich)

tagsüber nachts wochentags wochentags
(inkl. Feiertage) (exkl. Feiertage)

an Wochenenden an Wochenenden rund um die Uhr
(inkl. Feiertage) (exkl. Feiertage)

4. Erbringt der Pflegedienst Leistungen in Kooperation mit anderen Pflegediensten?

Ja, mit: _____
(Kooperationsvertrag beifügen)

Welche Leistungen werden vom Kooperationspartner erbracht?

5. Mit welcher(n) anderen Einrichtung(en) innerhalb seines Versorgungsgebietes arbeitet der Pflegedienst zusammen?

6. Pflegt und versorgt Ihr Pflegedienst ausschließlich psychisch kranke Personen?

Ja Nein

III. Ausstattung

1. Personalausstattung – nur im Pflege- und Hauswirtschaftsbereich Beschäftigte -
Füllen Sie hierzu bitte die Anlage Personalausstattung aus.

IV. Organisation des Pflegedienstes

1. Werden die von Ihnen angebotenen Leistungen unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchgeführt?

Ja Name: _____
 Adresse: _____
 Bezeichnung: _____

Nein

2. Ist die Stellvertretung

hauptberuflich tätig? Ja Nein

sozialversicherungspflichtig tätig? Ja Nein

Berufsbezeichnung: _____

3. Besteht eine Haftpflichtversicherung für:

die Leitung des Pflegedienstes? Ja Nein

die in der Pflege Beschäftigten? Ja Nein

Fragen 4 bis 7 bitte nur bei Erstantrag oder Veränderungen in der Organisation des Pflegedienstes beantworten

4. Welche pflegerische Konzeption liegt Ihrem Pflegedienst zugrunde?

Bitte Pflegekonzeption / Darstellung Ihres Pflegedienst beifügen.

5. Führt Ihr Pflegedienst die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung i. S. d. SGB XI aufgrund einer schriftlichen Pflege- und Betreuungsvertrages mit den Pflegebedürftigen durch?

- Ja bitte (bei Erstantrag) eines Vertrages beifügen -
 Nein

6. Erstellt Ihr Pflegedienst einen Pflegeplan für jede pflegebedürftige Person?

- Ja bitte (bei Erstantrag) einen Pflegeplan in Kopie beilegen -
 Nein

7. Führt Ihr Pflegedienst eine Pflegedokumentation für jede pflegebedürftige Person?

- Ja bitte (bei Erstantrag) eine Dokumentation in Kopie beilegen -
 Nein

8. Wie viele Personen in welcher Pflegestufe wurden am 31.12 des Vorjahres durch Ihren Pflegedienst versorgt? Bitte Stadt bzw. Landkreis angeben.

Pflegestufe	<u>keine bzw. 0</u>	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>
Zahl d. Personen im Stadtgebiet Erlangen	_____	_____	_____	_____
Zahl. d. Personen im Landkreis bzw. Stadt	_____	_____	_____	_____
Zahl d. Personen im Landkreis bzw. Stadt	_____	_____	_____	_____

9. Welche qualitätssichernden Maßnahmen führt Ihr Pflegedienst durch?

a) für die Mitarbeiter/innen: _____

b) für die Pflegearbeit: _____

10. Ist Ihr Pflegedienst ggf. bereit bzw. in der Lage, die Pflege im Sinne des SGB XI bei Vorliegen besonderer Fälle von Pflegebedürftigkeit zu übernehmen?

- Ja, die Pflege von
 demenzten Personen Schwerstpflege im Endstadium
 Jüngere Schwerstbehinderte (Atemlähmung, Muskelatrophie, Glasknochen o. ä.)
 Spastiker
 Nein

Schlussbestätigung:

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben. Uns ist bekannt, dass Leistungen, die aufgrund unzutreffender Angaben bewilligt wurden, zurückgefordert werden. Wir verpflichten uns, die gewährte Forderung ausschließlich für Investitionen des Pflegedienstes zu verwenden. Wir erteilen unser Einverständnis, dass die Angaben ggf. durch Rückfragen bei den Pflege-, Krankenkassen, bei der Einwohnermeldebehörde, beim Träger der gesetzlichen Unfallversicherung 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