
Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

(Ort)

(Datum)

Ansprechpartner/in:

Tel.-Nr.:

Kreis Segeberg
Der Landrat
Soziale Sicherung
Hamburger Str. 30
23795 Bad Segeberg

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 Abteilung 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 im Vorjahr ununterbrochen bzw. nur vom _____ bis _____ betrieben.
- Wir bestätigen, dass den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern für die gesamte Dauer des o. g. Kalenderjahres mindestens ein Entgelt nach § 2 Abs. 3 i. V. m. § 5 Abs. 1 Landesmindestlohngesetz vom 13.11.2013 sowie der Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche in der jeweils gültigen Fassung gezahlt wurde.
- 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 beigefügt.
- Der Nachweis des Vorjahresumsatzes enthält **keine** Umsätze mit in anderen Kreisen, kreisfreien Städten (z. B. Kreis Stormarn, Hansestadt Lübeck) 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)
Falls doch, mit wem ? _____

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. Nichtzutreffendes bitte streichen.

(Unterschrift des Trägers des Pflegedienstes)