



Stadt Ingolstadt

Antrag auf Bewilligung der Kommunalen Investitionsförderung von ambulanten Pflegediensten für das Haushaltsjahr 20__ gemäß dem Bay. Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze in Verbindung mit der Verordnung zu diesem Ausführungsgesetz und den städtischen Richtlinien zur Förderung von ambulanten Pflegediensten

Erstantrag

Folgeantrag

I. Allgemeine Daten zur Einrichtung

1. Name der Einrichtung _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Einrichtungsträger: _____

Bankverbindung (IBAN) _____

Name der(s) LeiterIn _____

Adresse der(s) LeiterIn _____

2. Versorgungsvertrag gem. § 72 SGB XI mit den Pflegekassen

Versorgungsvertrag besteht (Bei Erstantrag bitte Kopie des Versorgungsvertrag und den von Ihrem Dienst abgegebenen Strukturhebungsbogen beifügen.)

Versorgungsvertrag besteht nicht

II. Einsatzbereich und –umfang der Einrichtung

1. Räumlich

Die Einrichtung ist im gesamten Stadtgebiet tätig.

Nur in folgenden Stadtteilen _____

Auch in anderen Landkreisen _____

Wieviele Personen versorgt der Dienst dort? _____

2. Zeitlich

Wann erbringt der Dienst die Pflegeleistungen gem. dem SGB XI?

- tagsüber nachts wochentags
(inc. Feiertage) (incl. Feiertage)
- an Wochenenden an Wochenenden rund um die Uhr
(incl. Feiertage) (incl. Feiertage)

3. Erbringt der Dienst Leistungen in Kooperation mit anderen Einrichtungen?

Ja, mit _____

Welche Leistungen werden vom Kooperationspartner erbracht? _____

Nein

4. Mit welchen anderen Einrichtungen innerhalb seines Versorgungsgebiets arbeitet der Dienst zusammen?

5. Pflegt und versorgt der Dienst ausschließlich psychisch kranke Personen? Ja Nein

III. Ausstattung

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

2. Sach- und Raumausstattung
Füllen Sie hierzu bitte Anlage 2 aus.

IV. Organisation des Dienstes

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

Ja Name: _____

Adresse: _____

Berufsbezeichnung: _____

Nein

2. Ist die Stellvertretung

- hauptberuflich tätig? Ja Nein
versicherungspflichtig tätig? Ja Nein

3. Besteht eine Haftpflichtversicherung für:

- die Leitung des Dienstes? Ja Nein
die in der Pflege Beschäftigten? Ja Nein

Fragen 4 – 7 bitte nur bei Erstantrag oder Veränderungen in der Organisation des Dienstes beantworten

4. Welche pflegerische Konzeption liegt Ihrem Pflegedienst zugrunde?
Bitte Pflegekonzeption / Darstellung Ihres Dienstes beifügen.

5. Führt Ihr Dienst die Pflege und hauswirtschaftliche Versorgung i. S. d. § SGB XI aufgrund schriftlicher Pflege- und Betreuungsvertrages mit den Pflegebedürftigen durch?

- Ja –bitte Muster eines Vertrages beifügen-
 Nein

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

- Ja - bitte ein Muster eines Pflegeplans beifügen-
 Nein

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

- Ja -bitte ein Muster einer Dokumentation beifügen-
 Nein

8. Wieviele Personen in welcher Pflegegrad wurden zum 31.12. des Vorjahres durch Ihren Dienst versorgt?

Pflegegrad	1	2	3	4	5
Anzahl d. Personen im Stadtgebiet					
Anzahl d. Personen im Landkreis					
Anzahl d. Personen im Landkreis					

9. Welche qualitätssichernden Maßnahmen führt Ihr Pflegedienst durch?

Für die MitarbeiterInnen _____

Für die Pflegearbeit: _____

10. Ist Ihr Dienst 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

dementen Personen

Schwerstpflege im Endstadium

Spastiker

Jüngere Schwerstbehinderte

Nein

VI. Einnahmen des Dienstes

Im Vorjahr erzielte Gesamteinnahmen _____

davon Einnahmen nach dem SGB V _____

davon Einnahmen nach dem SGB XI _____

sonstige Einnahmen _____

Schlussbestätigung:

Wir bestätigen die Richtigkeit der obigen Angaben. Uns ist bekannt, dass Leistungen, die aufgrund unzutreffender Angaben bewilligt wurden, zurückgefordert werden können. Wir erteilen Einverständnis ggf. durch Rückfragen bei den Pflege-/Krankenkassen, bei der Einwohnermeldebehörde, bei der Berufsgenossenschaft, bzw. beim Spitzenverband dem wir angehören, überprüft werden können. Wir sind einverstanden, dass Angaben aus diesem Antrag in anonymisierter Form für statistische und sozialplanerische Zwecke an damit beauftragte Stellen weitergegeben werden.

Das Informationsblatt zu Art. 14 Datenschutz-Grundverordnung wurde zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der Einrichtung

Der Antrag ist zusammen mit den Anlagen bis spätestens zum 31.03. eines Kalenderjahres bei der Stadt Ingolstadt, Amt f. Soziales, 85047 Ingolstadt, einzureichen.