|  |  |
| --- | --- |
| StädteRegion AachenAmt für Soziales und SeniorenZollernstraße 1052070 AachenFax (0241) 5198 - 85081Mail: awz@staedteregion-aachen.de | **Bitte nur ein Exemplar per Fax oder per Mail oder per Post einreichen** |

|  |
| --- |
| Antrag auf den bewohnerbezogenen Aufwendungszuschuss für die Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege für den Monat:  |

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Einrichtung: |  |
| Anschrift der Einrichtung: |  |
| Ansprechpartner/in: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: |  |

**ANGABEN ZUR PERSON DER/DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Familienstand |
| Letzte Anschrift vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung |
| Tag der Aufnahme in die Einrichtung | Pflegegrad | Anspruch auf Kriegsopferfürsorge□ Ja □ Nein |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 |  |  |  |  |

**Bitte Belegungstage ankreuzen**

Gesamttage: **\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ERKLÄRUNG**

- Die Bestätigung der gesonderten Berechnung gem. § 11 APG NRW für die Pflegeeinrichtung

□ ist beigefügt.

□ liegt dem Amt für Soziales und Senioren der StädteRegion Aachen vor.

- Für die Einrichtung besteht

□ ein Versorgungsvertrag nach § 72 Abs.1 SGB XI und

 □ eine Vergütungsvereinbarung nach § 85 SGB XI.

* **Die gesondert berechenbaren Aufwendungen, soweit hierauf ein Anspruch auf den bewohner-bezogenen Aufwendungszuschuss besteht, werden der/dem Pflegebedürftigen nicht in Rechnung gestellt.**

**Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafge-setzbuch - StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.**

Datum rechtsverbindliche Unterschrift