

StädteRegion Aachen  
 Amt für Soziales und Senioren  
 Zollernstraße 10  
 52070 Aachen  
 Fax (0241) 5198 – 85081  
 Mail: 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 Kriegsofopferfürsorge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte Belegungstage ankreuzen

Gesamtstage: \_\_\_\_\_

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				

**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 bewohnerbezogenen 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 Strafgesetzbuch – StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Datum

rechtsverbindliche Unterschrift