An die

Sozialagentur des Landes

Sachsen-Anhalt

Magdeburger Straße 38

06112 Halle (Saale)

**Pflegedienst**

(Name, Anschrift) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Träger \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ermittlung gesondert berechenbarer Investitionsaufwendungen ambulanter Dienste gem.**

**§ 82 Abs. 4 SGB XI (i.V.m. § 75 Abs. 5 u. Abs. 3 SGB XII)**

(*bitte auch die Anlage ausfüllen*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | **Insgesamt (€)** |
| Summe der Investitionskosten lt. Anlage | | |  |
| *minus* | | |  |
| investitionsbedingte Einnahmen/Erlöse | | |  |
|  | | | **Insgesamt (€)** |
| **=** Summe der verbleibenden Kosten | | |  |
| Der Umsatz des Dienstes, entnommen aus dem bestätigten Jahresabschluss 200 beträgt (**\***): | | |  |
| Dieser Umsatz ergibt sich aus: | % | Leistungen nach SGB XI  Leistungen nach SGB V |  |
| % |

Bitte den Versorgungsvertrag und die Vergütungsvereinbarung beifügen, sofern der üöTrSh bisher

noch kein Vertragspartner war.

Datum Unterschrift

**Angaben des ambulanten Pflegedienstes zu den Investitionsaufwendungen**

|  |
| --- |
| **Kalkulation 20** |
| **- in € -** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Abschreibungen | Anschaffungskosten insgesamt (€) | davon:  öffentlich gefördert  (€ ) | Ermittlung der Abschreibung  20 (€) |
| 1.1 | Fahrzeuge |  |  |  |
| 1.2 | EDV einschl. Software |  |  |  |
| 1.3 | Betriebsausstattung |  |  |  |
| 1.4 | Geringwertige Wirtschaftsgüter (nicht Erstausstattung) |  |  |  |
| 1.5 | Sonstige1 |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. | Zinsen 2 |  |
| 3. | Miete/Pacht/Leasing 3 |  |
| 4. | Instandhaltung/Instandsetzung |  |

**Beschreibung der Leistung und der Ausstattung des ambulanten Pflegedienstes**

(ggf. ergänzendes Blatt beifügen)

**A. Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter**

**Pflegepersonal:** Anzahl der Personen:\_\_\_ VZK: \_\_\_\_\_

**Verwaltungspersonal:** Anzahl der Personen:\_\_\_ VZK: \_\_\_\_\_

**B. Ausstattung des ambulanten Pflegedienstes**

**-** Anzahl der Gebäude und Räume (m2):

* Anzahl der Fahrzeuge (Eigentum)
* Anzahl der Fahrzeuge (geleast)

**-** Büroausstattung (EDV-Anlage einschl. Software):

**-** Sonstige Betriebsausstattung (Büromöbel, Fax, Telefon, Kopierer):