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. § 76a Abs. 3 u. Abs. 1 Nr. 1 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 XILeistungen 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 Abschreibung20 (€) |
| 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):