Anlage 2

zum Antrag auf Gewährung einer Investitionskostenpauschale für das Jahr für ambulante Pflegedienste gem. § 12 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) i.V.m. der Verordnung zur Ausführung des APG (APG DVO NRW)

Name des Pflegedienstes

lfd. Nr.	Pflegekasse	Versicherungsnummer	Pflegegrad	Rechtsgrundlage	Höhe der im Jahr 20 abgerechneten Leistungen
				Insgesamt/Übertrag	0,00 €

KREIS STEINFURT

				Übertrag	0,00 €
lfd. Nr.	Pflegekasse	Versicherungsnummer	Pflegegrad	Rechtsgrundlage	Höhe der im Jahr 20 abgerechneten Leistungen
				Insgesamt/Übertrag	0,00 €

KREIS STEINFURT

				Übertrag	0,00 €
lfd. Nr.	Pflegekasse	Versicherungsnummer	Pflegegrad	Rechtsgrundlage	Höhe der im Jahr 20 abgerechneten Leistungen
				Insgesamt/Übertrag	0,00 €

KREIS STEINFURT

				Übertrag	0,00 €
lfd. Nr.	Pflegekasse	Versicherungsnummer	Pflegegrad	Rechtsgrundlage	Höhe der im Jahr 20 abgerechneten Leistungen
				Insgesamt/Übertrag	0,00 €

KREIS STEINFURT

				Übertrag	0,00 €
lfd. Nr.	Pflegekasse	Versicherungsnummer	Pflegegrad	Rechtsgrundlage	Höhe der im Jahr 20 abgerechneten Leistungen
				Insgesamt/Übertrag	0,00 €

Hiermit bestätigen wir die Richtigkeit der o.a. Angaben. Uns ist bekannt, dass sich der Kreis Steinfurt eine Überprüfung der Angaben vorbehält.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel

KREIS STEINFURT