

Stand 22.6.2018

An die/den
Pflegekasse/Landesverband ...
Ansprechpartner
Straße Hs.nr.
PLZ Ort

Verwendungsnachweis der Förderung als Netzwerk nach § 45c Abs. 9 SGB XI

1. Allgemeine Angaben

1.1 Antragsteller mit Adresse, Ansprechpartner mit Tel.nr. und Emailadresse	
1.2 gegebenenfalls Verbandszugehörigkeit	
1.3 Rechtsgeschäftlich verantwortlicher Vertreter des Netzwerkes	
1.4 Förderzeitraum	
1.4 Beantragte Fördersumme	
Personalkosten:	_____ €
Sachkosten:	_____ €
Kosten der Organisation und Durchführung fachlicher Fortbildungen	_____ €
Kosten für Öffentlichkeitsarbeit	_____ €
Für 20__ beantragte Förderung Gesamt:	_____ €

2. Entstandene Kosten für das Netzwerk

Kostenposten	Kostenzeitraum	Kostenumfang	Verwendungszweck (bspw. Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungsmaßnahmen, Jahresbericht ...)
Personalkosten			
Sachkosten			
Kosten der Organisation und Durchführung fachlicher Fortbildungen			
Kosten für Öffentlichkeitsarbeit			
Gesamtkosten des Netzwerkes			

3. Nicht verwendete Fördermittel

Kostenposten	Euro-Betrag

Ich versichere, dass die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden und dass ich gegenüber den in der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern beteiligten Kranken- und Pflegekassen/-verbänden und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. befugt bin, für die im o.g. Netzwerk Beteiligten rechtsverbindliche Aussagen zu treffen.

Die Verarbeitung der gemachten Angaben erfolgt ausschließlich im Rahmen des gesetzlich notwendigen Verfahrens zur Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI in Verbindung mit den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. in der Fassung vom 05.12.2016 zur weiteren Ausführung.

Mir ist bewusst, dass die Fördermittel im Voraus ausbezahlt werden und dass ich Fördermittel, die nicht zweckentsprechend verwendet wurden, an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung, der beim Bundesversicherungsamt geführt wird, zurückerstatten muss.

Für Fragen stehe ich zur Verfügung und werde die hierfür angeforderten Unterlagen unverzüglich an den zuständigen Landesverband der Pflegekassen übersenden.

_____, Datum

Ort

Rechtsverbindliche Unterschrift mit Stempel