

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen  
Antrag bitte zweifach einreichen  
Folgeantrag bis zum 30. April  
Neuantrag bis zum 30. September

## Antrag

**auf Bewilligung einer Zuwendung aus Landesmitteln nach der Verwaltungsvorschrift zur Förderung der ambulanten Hilfen vom ..... und/oder Kommunalmitteln und/oder Mitteln der Arbeitsverwaltung sowie eines ergänzenden Zuschusses der Pflegekassen nach den §§ 45c oder 45d SGB XI**

bei Landesförderung:

An das Regierungspräsidium \_\_\_\_\_  
Abteilung 2/Referat 23

über den zuständigen Stadt- bzw. Landkreis/BMA

bei ausschließlich kommunaler Förderung:

An das Ministerium für Arbeit und  
Sozialordnung, Familie, Frauen und  
Senioren Baden-Württemberg  
Geschäftsstelle des Koordinierungsausschusses  
Betreuungsangebote beim Referat 34  
Schellingstraße 15  
70174 Stuttgart

über den zuständigen Stadt- bzw. Landkreis/BMA

### Förderung eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes nach § 45c SGB XI

- als Betreuungsgruppe  
(Förderung aus Landesmitteln und ggf. Kommunalmitteln\* und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung)
- als Betreuungsgruppe  
(Förderung aus Kommunalmitteln und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung)
- in der Häuslichkeit  
(Förderung aus Landesmitteln und Kommunalmitteln und ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung)\*\*
- in der Häuslichkeit  
(Förderung aus Kommunalmitteln und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung)
- als Beratungs- und Vermittlungsagentur  
(Förderung aus Kommunalmitteln und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung)
- als sonstiges niedrigschwelliges Betreuungsangebot  
(Förderung aus Kommunalmitteln und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung,  
Angebot bitte näher bezeichnen)

### Förderung einer Initiative des Ehrenamtes und der Selbsthilfe in der Pflege nach § 45d SGB XI

- als Seniorennetzwerk  
(Förderung aus Landesmitteln und Kommunalmitteln und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung)\*\*
- als Pflegebegleiter-Initiative  
(Förderung aus Landesmitteln und Kommunalmitteln und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung)\*\*
- als sonstiges Angebot  
(Förderung aus Kommunalmitteln und/oder ggf. Mitteln der Arbeitsverwaltung,  
Angebot bitte näher bezeichnen)

\* Kommunalmittel von Gemeinde/Stadt und/oder Stadt-/Landkreis (kommunale Gebietskörperschaften)

\*\* Landesförderung ist vom jeweiligen Förderkontingent des Stadt- bzw. Landkreises abhängig (vgl. Ziffer 5 der VwV – Ambulante Hilfen)

**1. Wir beantragen für das aufgeführte Angebot/die aufgeführte Initiative im Jahr \_\_\_\_\_**

- bei Landesförderung:  
Die Gewährung einer Zuwendung aus Landesmitteln

für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (vgl. 3.2.3)

und die Gewährung einer Zuwendung aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung

in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (vgl. 3.2.7)

und bitten um die Vorlage beim Koordinierungsausschuss Betreuungsangebote.

oder

- bei ausschließlich Kommunalförderung:  
Die Gewährung einer Zuwendung aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung

für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (vgl. 3.2.7)

und bitten um die Vorlage beim Koordinierungsausschuss Betreuungsangebote.

**Antragsteller (Rechtsfähiger Träger des Angebots/der Initiative)**

Name, Bezeichnung		
Ansprechpartner		Telefon
		Email
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)		
Kontonummer	Bezeichnung der Bank	Bankleitzahl

**Angebot/Initiative**

Bezeichnung des Angebots/der Initiative (z.B. Betreuungsgruppe I/Ortsteil etc.)	
Email	Telefon
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	
Landkreis	Einwohnerzahl

Gemeinden des Einzugsbereichs	Einwohner im Einzugsbereich
-------------------------------	-----------------------------

<p><b><u>Betreuungsgruppen, Häuslichkeit, Seniorennetzwerke, Pflegebegleiter-Initiativen*</u></b></p> <p>Anzahl der betreuten Frauen:</p> <p>Anzahl der betreuten Männer:</p> <p>Anzahl der ehrenamtlich/bürgerschaftlich Engagierten (Aufwandsentschädigung für tatsächlich entstandenen Aufwand ohne Erstattung des Zeitaufwands):</p> <p>Anzahl der bürgerschaftlich Tätigen (Aufwandsentschädigung für tatsächlich entstandenen Aufwand mit Erstattung des Zeitaufwands):</p> <p>Anzahl der ggf. anleitenden Fachkräfte/Gruppenleitungen:</p> <p><b><u>nur Seniorennetzwerke/Pflegebegleiter-Initiativen:</u></b> Angaben zu Informations- und Schulungsveranstaltungen (Anzahl/Teilnehmer):</p>	<p><b><u>Demenzagentur, Beratungs- und Vermittlungsstelle*</u></b></p> <p>Beratungskontakte:</p> <p>Anzahl der erreichten Personen:</p> <p>Angaben zu Informations- und Schulungsveranstaltungen (Anzahl/Teilnehmer):</p>
--	---

\* Angaben pro Jahr. Bei Erstanträgen Planungszahlen. Bei Folgeanträgen ist der Bezugszeitraum das Vorjahr.



### 3. Kosten und Finanzierungsplan für das Projekt (Angebot/Initiative)

<b>3.1</b>	<b>Zuwendungsfähige Ausgaben für das Projekt</b>	X
3.1.1	Personalausgaben für die Fachkräfte	
3.1.2	Sonstige Personalausgaben (z.B. Honorare für Supervision, Schulungen etc.)	
3.1.3	Sachausgaben (ohne Aufwendungen im Sinne von § 82 Abs. 2 SGB XI) z.B. Entschädigungen für den tatsächlich entstandenen Aufwand *	
<b>3.1.4</b>	<b>Summe der zuwendungsfähigen Ausgaben insgesamt</b>	

<b>3.2</b>	<b>Finanzierung der zuwendungsfähigen Ausgaben</b>	X
3.2.1	Eigenmittel des Trägers (davon Spenden und Mitgliedsbeiträge der Krankenpflegevereine, Zinsen, Zuwendungen Kirchen...€ etc.)	
3.2.2	Entgelte (Gebühren) für Dienstleistungen von	X
	Selbstzahlern	
	Krankenversicherung	
	Pflegeversicherung	
	Sozialhilfe	
	Kostenerstattung der Krankenpflegevereine	
3.2.3	Zuwendung des Landes	
3.2.4	Zuwendung des Landkreises/Stadtkreises	
3.2.5	Zuwendungen der Gemeinde(n)	
3.2.6	Zuwendung der Arbeitsförderung	
3.2.7	Zuwendung der Pflegekasse(n)	
3.2.8	sonstige Finanzierungsmittel: - Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben - sonstige öffentliche Zuwendungen - Sonstige - Einnahmen aus Verkäufen - Einnahmen aus Ersätzen - Überschüsse des Vorjahres	
<b>3.2.9</b>	<b>Summe der Finanzierungsmittel</b>	

**Hinweis:**

Die Summe der zuwendungsfähigen Ausgaben insgesamt (3.1.4) müssen mit der Summe der Finanzierungsmittel (3.2.9) übereinstimmen.

Der Kosten- und Finanzierungsplan darf keine Aufwendungen für geringfügig Beschäftigte oder Kosten für Ausbildungsvergütungen enthalten.

\* Siehe Nr. 5 der VwV – Ambulante Hilfen

#### 4. Kosten und Finanzierung der übrigen nicht zuwendungsfähigen Projektausgaben

4.	Kosten und Finanzierung der übrigen Projektausgaben	X
4.1	Nichtzuwendungsfähige Ausgaben des Projekts im Förderzeitraum	
4.2	Finanzierungsmittel für die unter Nummer 4.1 aufgeführten Ausgaben	X
4.2.1	Eigenmittel	
4.2.2	Entgelte	
4.2.3	Zuwendungen aus dem öffentlichen Bereich	
4.2.4	Zuwendungen aus dem privaten Bereich	
4.2.5	<b>Summe der Finanzierungsmittel</b>	

5. Wir versichern, dass die Angaben in diesem Antrag richtig und vollständig sind und dass wir jede Veränderung der für die Gewährung der Zuwendung maßgebenden Verhältnisse unverzüglich – im Falle der Förderung aus Landesmitteln – dem zuständigen Stadt- und Landkreis und dem zuständigen Regierungspräsidium oder – im Falle der Förderung mit ausschließlich Kommunalmitteln - dem zuständigen Stadt- und Landkreis mitteilen werden.
6. Wir versichern, dass die in der Personalliste aufgeführten Fachkräfte – entsprechend der im Antrag angegebenen Anteile - ausschließlich in diesem Projekt, also in keinem weiteren Ressort des Trägers des Angebots/der Initiative beschäftigt sind.
7. Wir versichern, dass aus Mitteln des Landes oder der Kommunen oder der Arbeitsverwaltung oder der Pflegekassen keine Entschädigungen finanziert werden, die über den tatsächlich entstandenen Aufwand der ehrenamtlich und bürgerschaftlich Engagierten und der bürgerschaftlich Tätigen hinausgehen.
8. Wir versichern, dass bürgerschaftlich Tätige eine Aufwandsentschädigung ausschließlich im Rahmen der analog § 3 Ziffer 26 EStG festgelegten Höchstgrenze erhalten.

#### Nur von Angebote/Initiativen mit Landesförderung auszufüllen

9. *Wir finanzieren unsere Gesamtausgaben*
  - überwiegend aus Zuwendungen der öffentlichen Hand. Wir versichern daher, dass die bei uns Beschäftigten (einschließlich Stammpersonal) finanziell nicht bessergestellt werden als vergleichbare Landesbedienstete und höhere Vergütungen als nach dem TV-L sowie sonstige übertarifliche oder außertarifliche Leistungen nicht gewährt werden.*
  - nicht überwiegend aus Zuwendungen der öffentlichen Hand.*
10. *Wir sind damit einverstanden, dass die Bewilligungsbehörde dem zuständigen Stadt- bzw. Landkreis auf dessen Verlangen die maßgeblichen Bewilligungsunterlagen übersendet.*

11. *Wir sind*

- nicht zum Vorsteuerabzug berechtigt.*
- zum Vorsteuerabzug berechtigt; dies ist bei der Aufstellung des Kosten- und Finanzierungsplans berücksichtigt worden (Ausgaben ohne Mehrwertsteuer).*

12. *Für das Angebot/die Initiative sind oder werden folgende im Kosten- und Finanzierungsplan nach Nummer 3 und 4 nicht dargestellte Zuwendungen **bei einer anderen Stelle des Landes** oder einer anderen juristischen Person des öffentlichen Rechts beantragt oder bewilligt:*

	<i>Antragsstellen/Bewilligungsstellen</i>	<i>Zuwendungszweck</i>	<i>Betrag( Euro)</i>
1.			
2.			
3.			

---

Ort und Datum

---

Rechtsverbindliche Unterschrift  
der/des Antragstellers

**Bitte beifügen:**

- Stellungnahme des zuständigen Stadt- bzw. Landkreises
- Bestätigung über Höhe und Zeitpunkt der kommunalen Mitfinanzierung (Stadt/Gemeinde und/oder Stadt-/Landkreis)
- ggf. Bestätigung über Finanzierungsbeteiligung der Arbeitsförderung
- Qualitätskonzept
- Projektbeschreibung
- Mehrfertigung des Antragformulars und aller Anlagen!**

**Bei Erstanträgen bitte zusätzlich beifügen:**

- Bestätigung über Übereinstimmung mit der Kreispflegeplanung
- Stellungnahme des Spitzenverbandes oder Fachverbandes (Angebot nach § 45c SGB XI: Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg; Initiative nach § 45d SGB XI: Agentur „Pflege engagiert“)
- Qualifikationsnachweise der Fachkräfte

## **Hinweise für Stadt-/Landkreis und Regierungspräsidien**

1. Die fachliche Prüfung des Antrags liegt ausschließlich im Aufgabenbereich des Stadt-/Landkreises.
2. Der Stadt- bzw. Landkreis hat die Prüfung der Verwendung und ggf. erforderliche Rückzahlungen an das Bundesversicherungsamt sicherzustellen.

## **Bearbeitungsvermerke der Geschäftsstelle beim Koordinierungsausschuss Betreuungsangebote:**

Eingebracht in die Sitzung des Koordinierungsausschusses Betreuungsangebote am: .....

Einvernehmen des Koordinierungsausschusses Betreuungsangebote hergestellt: ja  nein

Besondere Anmerkungen des Koordinierungsausschusses Betreuungsangebote:

Aufgenommen in die Liste der niedrighwelligen Betreuungsangebote am: .....

Formblatt erstellt und an gemeinsame zuständige Stelle der Pflegekassen abgesandt am: .....

Antragsteller und Stadt-/Landkreis benachrichtigt am: .....

Weitere Vermerke: