

**Antrag**  
**auf Bewilligung eines Zuschusses aus Landes- und/oder**  
**Kommunalmitteln und/oder Mitteln der Arbeitsverwaltung**  
**sowie eines ergänzenden Zuschusses der Pflegekassen**  
**nach § 45d SGB XI**  
**Stand: 1.1.2009**

┌┐  
 An das  
 Regierungspräsidium  
*(bei Landes- und Kommunalförderung/  
 Arbeitsverwaltung)*

An das Ministerium für Arbeit und Soziales  
 Baden-Württemberg  
 Geschäftsstelle des Koordinierungsausschusses  
 Betreuungsangebote beim Referat 34  
 Schellingstr. 15  
 70174 Stuttgart  
*(nur bei Kommunalförderung/Arbeitsverwaltung)*

**über den zuständigen Stadt- bzw. Landkreis**  
 └┘

Bitte beachten:
Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen.

Förderung von Angeboten des bürgerschaftlichen Engagements sowie der Selbsthilfe in der Pflege

- als Seniorennetzwerk *(Förderung aus Landesmitteln und/oder Kommunalmitteln und/oder Mitteln der Arbeitsverwaltung)*  
 Seniorennetzwerke sind in vielseitiger Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gemeinwesen wirkende Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements, die unter pflegfachlicher Anleitung niedrigrschwellige Dienstleistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erbringen.
- als Pflegebegleiter-Initiative *(Förderung aus Landesmitteln und/oder Kommunalmitteln und/oder Mitteln der Arbeitsverwaltung)*  
 Pflegebegleiter-Initiativen sind Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements, die unter pflegfachlicher Anleitung pflegende Angehörige unterstützen, um ihnen Freiräume zur Erholung und Orientierung in schwierigen Alltagssituationen zu verschaffen.
- als sonstiges Angebot gem. § 45d SGB XI *(Förderung aus Kommunalmitteln und/oder Mitteln der Arbeitsverwaltung nur Kommunalförderung, bitte näher bezeichnen)*

1. Wir beantragen für das aufgeführte Angebot einen Zuschuss aus Landesmitteln und/oder Kommunalmitteln und/oder Mitteln der Arbeitsverwaltung sowie einen ergänzenden Zuschuss nach § 45d SGB XI aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung bis zu gleicher Höhe wie Ziffer 2.2.3 bis 2.2.6 und bitten um Vorlage beim Koordinierungsausschuss Betreuungsangebote.

Name, Bezeichnung des Trägers		
E-Mail	Telefon	
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)		
Kontonummer	Bezeichnung der Bank	Bankleitzahl

Name, Bezeichnung des Angebotes	
	Telefon
Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort)	
Stadt- oder Landkreis	Einwohnerzahl
Gemeinden des Einzugsbereichs	Einwohner im Einzugsbereich
Anzahl der betreuten Personen: Anzahl der Fachkräfte: Anzahl der ehrenamtlich/bürgerschaftlich Engagierten: Anzahl der bürgerschaftlich Tätigen:	Angaben zu Informations- und Schulungsveranstaltungen:

## 2. Kosten und Finanzierungsplan

### 2.1 Zuwendungsfähige Ausgaben für das Angebot

#### 2.1.1 Personalausgaben für Fachkräfte

#### 2.1.2 Sonstige Personalausgaben

#### 2.1.3 Sachausgaben ohne Aufwendungen im Sinne von § 82 Abs. 2 SGB XI (zum Beispiel Entschädigungen für den tatsächlich entstandenen Aufwand)

#### 2.1.4 Zuwendungsfähige Ausgaben insgesamt

### 2.2 Finanzierung der zuwendungsfähigen Ausgaben

#### 2.2.1 Eigenmittel des Trägers (davon Spenden und Mitgliedsbeiträge der Krankenpflegevereine, Zinsen, Zuwendungen Kirchen etc.)

#### 2.2.2 Entgelte (Gebühren) für Dienstleistungen

Selbstzahlern

Krankenversicherung

Pflegeversicherung

Sozialhilfe

Kostenerstattung der Krankenpflegevereine


2.2.3 Zuwendungen der Gemeinde(n)	
2.2.4 Zuwendung des Land-/Stadtkreises	
2.2.5 Zuwendung der Arbeitsförderung	
2.2.6 Zuwendung des Landes ( <i>höchstens 1.250 Euro</i> )	
2.2.7 Zuwendung der Pflegekasse(n) ( <i>höchstens Summe 2.2.3 bis 2.2.6</i> )	
2.2.8 sonstige Finanzierungsmittel: - Bundesamt für Zivildienst - sonstige öffentliche Zuwendungen - Sonstige - Einnahmen aus Verkäufen - Einnahmen aus Ersätzen - Überschüsse des Vorjahres	
2.2.9 Summe der Finanzierungsmittel	

3. 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 mitteilen werden.
4. 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 Engagierte und bürgerschaftlich Tätigen hinausgehen.
5. Wir versichern, dass bürgerschaftlich Tätige eine Aufwandsentschädigung ausschließlich innerhalb der in § 3 Ziff. 26 EStG festgelegten Höchstgrenze erhalten.

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rechtsverbindliche Unterschrift der/des Antragsteller/s

## Anlagen

Stellungnahme des Stadtkreises/Landkreises

Bestätigung über Höhe und Zeitpunkt der kommunalen Mitfinanzierung

Bestätigung über Finanzierungsbeitrag der Arbeitsförderung

Konzeption zur Qualitätssicherung

Projektbeschreibung

## Hinweise für Stadt-/Landkreis und Regierungspräsidien

1. Die fachliche Prüfung des Antrags liegt ausschließlich im Aufgabenbereich des Stadt-/Landkreises.
2. Stadt-/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 niedrighschwelligen Betreuungsangebote am: .....

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

.....

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

Weitere Vermerke: