



Bayerisches Landesamt für
Pflege

Auszahlung / Verwendungsnachweis PflegesoNahFöR

Bayerisches Landesamt für Pflege
Referat 45 - Investitionskostenförderung
Mildred-Scheel-Straße 4
92224 Amberg

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

**Schlussverwendungsnachweis gemäß der Richtlinie zur investiven Förderung von
Pflegeplätzen sowie der Gestaltung von Pflege und Betreuung im sozialen Nahraum
(PflegesoNahFöR)**

Hinweis:

Dem **Schlussverwendungsnachweis** sind **Anlagen beizufügen**.
Nur **vollständig vorliegende Schlussverwendungsnachweise** können bearbeitet
werden.

Der Antrag muss von den vertretungsberechtigten Personen **unterschieden** werden.
Bitte senden Sie uns den Schlussverwendungsnachweis samt Anlagen in digitaler Form per E-Mail zu.

1. Angaben zum Antragsteller / zur Antragstellerin

Maßnahmen- / Vorhabenträger		
Projekttitle / Name des bewilligten Vorhabens		
Vorgangszeichen (vgl. Zuwendungsbescheid „Unser Zeichen“)		
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon	E-Mail	
Rechtsform		
Zustimmung zum vorzeitigen Maßnahmenbeginn vom: Zuwendungsbescheid vom:		
Das abgeschlossene Vorhaben wurde wie im Antrag dargestellt und im Zuwendungsbescheid bewilligt ausgeführt und in Betrieb genommen. Baubeginn: Inbetriebnahme: Entsprechend der dem Zuwendungsbescheid zugrundeliegende Baugenehmigung, soweit erforderlich, umgesetzt.		

4. Hinweise und Erklärungen

Das Vorhaben wurde entsprechend den Bestimmungen und Auflagen des Zuwendungsbescheides ausgeführt.

Die beantragte Mittelauszahlung basiert nur auf Ausgaben, die im Zuwendungsbescheid als zuwendungsfähig anerkannt wurden. Dies gilt auch für Angaben in Bezug auf den Verwendungsnachweis.

Die Auflagen zur Publizität laut Zuwendungsbescheid werden bzw. wurden erfüllt.

In der Belegliste sind die für das Fördervorhaben betreffenden Ausgaben dargestellt. Aus ihr sind Empfänger sowie Zweck und Einzelbetrag jeder Zahlung ersichtlich; Mehrwertsteuer und eingeräumte Preisnachlässe (Skonti / Rabatte) sind von den zuwendungsfähigen Ausgaben abgesetzt.

Soweit in der dem Schlussverwendungsnachweis beigefügten Belegliste nicht zuwendungsfähige Ausgaben enthalten sind, sind diese Ausgaben kenntlich gemacht und es werden und wurden dafür keine Fördermittel verwendet und beantragt.

Die Allgemeinen (ANBest-P bzw. ANBest-K und deren Nebenbestimmungen) und besonderen Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheides wurden bzw. werden beachtet.

Es wird bestätigt, dass die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist, alle Zahlungen geleistet wurden, die Belege vollständig sind und die Angaben in den Beleglisten mit den Büchern und Belegen übereinstimmen.

Es wird bestätigt, dass nach erfolgter Zahlung an den Rechnungsaussteller von diesem keine Rückzahlungen vorgenommen wurden. Falls Rückzahlungen nach Erhalt der Schlusszahlung erfolgen, werde(n) ich / wir die Bewilligungsbehörde unverzüglich informieren.

Mit der beantragten Maßnahme wurde vor Bewilligung bzw. vor Erteilung eines Vorbescheides nicht begonnen. Aufträge wurden vor Erteilung des vorzeitigen Maßnahmenbeginns bzw. vor Bewilligung nicht erteilt.

Für die beantragte Maßnahme wurden keine weiteren Fördermittel / Zuschüsse des Freistaates Bayern gewährt.

Nach der Antragstellung gemäß der PflegesoNahFöR habe(n) ich / wir keinen weiteren Förderantrag gestellt und auch über die im Antrag genannten Fördermittel hinaus keine weiteren Fördermittel erhalten oder beantragt.

Nach der Antragstellung gemäß der PflegesoNahFöR habe(n) ich / wir einen weiteren Förderantrag gestellt und auch über die im Antrag genannten Fördermittel hinaus weitere Fördermittel erhalten oder beantragt, Nachweise sind beigefügt. Bei folgenden Stellen: _____ in Höhe von _____ €

Alle Überweisungen wurden vom Konto des Zuwendungsempfängers geleistet.

Es wurden auch Barzahlungen geleistet, Nachweise sind beigefügt.

Die einschlägigen Rechtsvorschriften werden bzw. wurden nach bestem Wissen und Gewissen eingehalten.

Die Zuwendungsvoraussetzungen und Auflagen nach der PflegesoNahFöR werden bzw. wurden eingehalten.

Die Richtigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum	Name, Vorname	Unterschrift Zuwendungsempfänger/in
------------	---------------	-------------------------------------

Anlage zum Schlussverwendungsnachweis

Maßnahmen- / Vorhabenträger
Projekttitle / Name des bewilligten Vorhabens
Vorgangszeichen (vgl. Zuwendungsbescheid „Unser Zeichen“)

Kostenübersicht

Kostengruppen nach DIN 276	Gesamtausgaben		Zuwendungsfähige Ausgaben	
	vorgesehen in Euro	nachgewiesen in Euro	vorgesehen in Euro	nachgewiesen in Euro
Summe Kosten				

Finanzierungsübersicht

Art der Finanzierung	Finanzierung der Gesamtausgaben		Finanzierung der zuwendungsfähigen Ausgaben	
	vorgesehen in Euro	nachgewiesen in Euro	vorgesehen in Euro	nachgewiesen in Euro
Eigenmittel				
Leistungen Dritter				
Sonstige Zuwendungen / öffentliche Mittel				
Summe				

Pflegefachliche Angaben

1. Angaben zur Demenzsensibilität

a) **Informationen zum Pflege- und Betreuungskonzept**
 Welche demenzsensiblen (Betreuungs-)Angebote und Maßnahmen wurden konkret umgesetzt?
 Sollten sich Abweichungen hinsichtlich der Angaben bei Antragstellung ergeben haben, nennen Sie diese und begründen Sie die Änderungen.

b) **Informationen zu Fortbildungen zum Thema Demenz**
 Welche demenzsensiblen Fort- und Weiterbildungen (z.B. Umgang mit Demenz; Beziehungsgestaltung / Kommunikation bei Menschen mit Demenz, Krankheitsbilder) haben die Mitarbeitenden der Einrichtung im ersten Jahr besucht bzw. sind konkret geplant?

Füllen Sie bitte die nachfolgende Tabelle aus:

Thema	Unterrichtseinheiten (1 UE ist 45 Min.)	Veranstalter / Dozent	Datum	Fach- bzw. Funktionsbereich der Mitarbeitenden	Anzahl der Mitarbeitenden

Werden die Fortbildungsangebote für alle Mitarbeitenden (d.h. alle Funktions- und Fachbereiche) der Einrichtung jährlich durchgeführt?

Ja
Nein

c) **Informationen zu Wochenplänen**
 Werden Wochenpläne zur Darstellung der Tagesstruktur und der Angebote der sozialen Betreuung für die Gäste bzw. Bewohnerinnen und Bewohner erstellt und werden diese sichtbar für Gäste bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern in der Einrichtung aufgehängt?

Ja
Nein

2. Angaben zur Orientierung am bzw. zur Öffnung in den sozialen Nahraum

Nur bei Öffnung in den sozialen Nahraum (Nr. 2.2.6) zutreffend!

a) **Informationen zur personellen Ausstattung**
 Welche Personen sind für welche Aufgaben- bzw. Tätigkeitsbereiche zur Öffnung in den sozialen Nahraum zuständig? Welche Qualifikationen haben diese Personen?

Nutzen Sie dafür folgende Tabelle:

Name des Angebot bzw. der Leistung	Beschreibung der jeweiligen Aufgaben / Tätigkeiten	Qualifikation der Person

b) **Informationen zum Angebot**
 Listen Sie die tatsächlich durchgeführten Dienstleistungen und Beratungs- bzw. Informationsleistungen auf.

Nutzen Sie dafür folgende Tabelle:

Bezeichnung / Name der Leistung	Beschreibung der Leistung	Datum der Leistung	Turnus der Leistung	Erreichte Zielgruppen	Anzahl der Teilnehmenden

c) **Informationen zur Öffentlichkeitsarbeit**
 Welche Maßnahmen wurden zur Öffentlichkeitsarbeit ergriffen?
 Eine Auflistung in Stichpunkten ist ausreichend.

d) Informationen zu Vernetzung und Kooperationsarbeit
 Welche Kooperationen und Vernetzungen aus dem sozialen Nahraum wurden geplant, aufgebaut und gepflegt?

Sollten sich Abweichungen hinsichtlich der Angaben bei Antragstellung ergeben haben, nennen Sie diese und begründen die Änderungen.

e) Informationen zur Einbindung von Ehrenamtlichen bzw. bürgerschaftlichem Engagement
 Welche Maßnahmen zur Einbindung von Ehrenamtlichen wurden konkret ergriffen bzw. sind noch geplant?

Sollten sich Abweichungen hinsichtlich der Angaben bei Antragstellung ergeben haben, nennen Sie diese und begründen Sie die Änderungen.

3. Angaben zur ambulant betreuten Wohngemeinschaften

a) Informationen zum Gremium der Selbstbestimmung
 Wie erfolgte die konkrete Umsetzung des Gremiums der Selbstbestimmung in der abWG? Wie ist die Organisation bzw. Struktur (z.B. konkrete Angaben zur Gründung, Zusammensetzung, Stimmrecht, Aufgaben/Tätigkeiten des Gremiums, Wahl & Aufgaben des Sprechers) des Gremiums der Selbstbestimmung?

b) Informationen zur Unabhängigkeit der Mieterinnen und Mieter
 Ist die Unabhängigkeit der Mieterinnen und Mieter zwischen Mietverhältnis und Dienstleistungen (z.B. pflegerische, hauswirtschaftliche Leistungen) sichergestellt?

Ja
 Nein

c) Informationen zum Gaststatus der Dienstleistungsanbieter
 Ist sichergestellt, dass alle Dienstleistungsanbieter lediglich einen Gaststatus (d. h. kein Büro, kein Stimmrecht im Gremium der Selbstbestimmung) in der abWG innehaben?

Ja
 Nein

4. Angaben zu Begegnungsstätten

a) Informationen zur Vernetzung und Kooperationsarbeit
 Welche Kooperationsvereinbarungen wurden geschlossen? Wie erfolgte die Vernetzung mit relevanten Stellen des Gemeinwesens/Verbänden/Einrichtungen/Ämtern?
 Sollten sich Abweichungen hinsichtlich der Angaben bei Antragstellung ergeben haben, nennen Sie diese und begründen Sie die Änderungen.

b) Informationen zur personellen Ausstattung der Begegnungsstätte
 Listen Sie die Personen auf, die für die Begegnungsstätte eine Aufgabe übernehmen, bspw. für die Organisation bzw. Koordination der Leistungen, oder die tatsächliche Durchführung der Angebote.

Nutzen Sie die nachfolgende Tabelle:

Name des Angebot bzw. der Leistung	Beschreibung der jeweiligen Aufgaben / Tätigkeiten	Qualifikation / Befähigung der Person

c) Informationen zum Leistungsangebot der Begegnungsstätte

Listen Sie die tatsächlich durchgeführten Dienstleistungen und Beratungs- bzw. Informationsleistungen der Begegnungsstätte auf.

Nutzen Sie dafür folgende Tabelle:

Bezeichnung / Name der Leistung	Beschreibung der Leistung	Datum der Leistung	Turnus der Leistung	Erreichte Zielgruppen	Anzahl der Teilnehmenden

d) Informationen zur Öffentlichkeitsarbeit

Welche Maßnahmen wurden zur Öffentlichkeitsarbeit ergriffen?

Eine Auflistung in Stichpunkten ist ausreichend.