



Landesamt für Soziales und Versorgung
des Landes Brandenburg
Dezernat 43 - überörtlicher Träger der Eingliederungshilfe/Sozialhilfe
Lipezker Str. 45, Haus 5 03048 Cottbus

ERKLÄRUNG

Im Schreiben vom:

habe ich der zuständigen Behörde nach § 8 Abs. 2 Landespflegegesetz die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen mitgeteilt, die den Pflegebedürftigen gem. § 82 Abs. 4 SGB XI

in Höhe von entweder € / Anwesenheitstag / Platz

oder
..... € / Tag / Platz

Hiermit wird erklärt, dass die Pflegeeinrichtung:
(Name, Anschrift)

.....
.....

keinerlei öffentliche Förderung oder Zuwendung Dritter für betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen erhalten hat bzw. erhalten wird.

.....
Datum/Unterschrift/Stempel des Einrichtungsträgers