



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 **Tagespflegegästen** gem. § 82 Abs. 4 SGB XI

in Höhe von ..... € /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