

VERWENDUNGSNACHWEIS

zur Gewährung einer Zuwendung zur Förderung regionaler Koordinierungsstellen zur Umsetzung der Pflegeberufereform

Regierungspräsidium Stuttgart
Referat 15.2
Am Eichamt 2
97877 Wertheim

1. Zuwendungsempfänger

Zuwendungsempfänger (Stadt- oder Landkreis)	Ansprechperson (Name, Vorname)
Telefon (Vorwahl / Rufnummer)	E-Mail
Straße/Hausnummer oder Postfach	Postleitzahl/Ort

2. Durchführender Träger

Name	Ansprechperson (Name, Vorname)
Telefon (Vorwahl / Rufnummer)	E-Mail
Straße/Hausnummer oder Postfach	Postleitzahl/Ort

3. Zuwendungsbescheid

Datum des Zuwendungsbescheids	Aktenzeichen
Bewilligungszeitraum	Bewilligter Zuschussbetrag (in EUR)

4. Zahlenmäßiger Nachweis

Zahlenmäßiger Nachweis aller für die geförderte Maßnahme angefallenen Einnahmen und Ausgaben im Bewilligungszeitraum.

Finanzierungsmittel	
Eigenmittel des Stadt- oder Landkreises	EUR
Zuschuss aus Bundes- bzw. Landesmitteln	EUR
Sonstige Finanzierungsmittel (z. B. Drittmittel, Eigenmittel der Träger, sofern diese keine Eigenmittel der Stadt bzw. des Landkreises sind)	EUR
Einnahmen insgesamt	EUR

Ausgaben im Durchführungszeitraum	
Personalausgaben	EUR
Sachausgaben	EUR
Ausgaben insgesamt	EUR

5. Sachbericht (gemäß Nr. 7.4 ANBest-K)

Darstellung der Verwendung der Zuwendung sowie des erzielten Ergebnisses im Einzelnen, insbesondere durchgeführte Maßnahmen, Arbeiten oder Aufgaben sowie ihre Auswirkungen. Die Erfüllung evtl. im Zuwendungsbescheid festgelegter Erfolgskriterien oder Kennzahlen ist darzulegen. Sofern sich der Zuwendungsbetrag nach dem Vielfachen einer Einheit bemisst, ist auch darzustellen, wie viele dieser Einheiten tatsächlich erreicht wurden.

5.1. Wer hat die Beratung in Anspruch genommen?

Träger der praktischen Ausbildung	Pflegeschulen	Hochschulen
Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

5.2. Wie viele und welche Träger der praktischen Ausbildung wurden im Gemeindegebiet beraten (ggf. bitte je Landkreis angeben)?

Gemeindegebiet (bei Landkreisen je Landkreis darlegen)	Beratung (einmalige Beratung)	Mehrfachberatungen (wiederkehrende Beratungen mit derselben Institution)
stationäre allgemeine Akutpflege		
stationäre allgemeine Langzeitpflege		
pädiatrische Versorgung		
allgemein ambulante Akut- und Langzeitpflege		
allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische. Versorgung sowie weitere Einsätze		

5.3. Bitte nennen Sie hier ihre Kooperationspartner, mit denen Sie in Verbindung stehen / standen.

5.4. Die Kooperationsbeziehungen haben sich verbessert

(Bitte setzen Sie nur an einer Stelle ein „X“)

Trifft voll zu	Trifft zu	Trifft teilweise zu	Trifft nicht zu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5. Gab es Besonderheiten? (Ggf. bitte je Landkreis darlegen)

6. Bestätigung

Es wird bestätigt, dass

- der Zuschuss bestimmungsgemäß verwendet wurde
- die Bestimmungen im Bewilligungsbescheid beachtet wurden,
- die Ausgaben notwendig waren,
- wirtschaftlich und sparsam verfahren wurde und
- die Angaben mit Büchern und Belegen übereinstimmen.

7. Anlagen

—	Anzahl der Anlagen nach Nummer 7.7 der ANBest-K (falls erforderlich)
---	--

Ort, Datum

Unterschrift Vertretung des Stadt- oder Landkreises