



Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen in vollstationären Einrichtungen der Pflege

Anlage zum Förderantrag vom: _____

Bedarfsbestätigung

| | |
|-----------------|-----------------------|
| des Landkreises | der kreisfreien Stadt |
| Straße | |
| PLZ und Ort | |

zum Förderantrag des

| |
|-------------------------|
| Bezeichnung des Trägers |
| Straße |
| PLZ, Ort |

für die Einrichtung

| |
|-----------------------------|
| Bezeichnung der Einrichtung |
| Straße |
| PLZ, Ort |

zum Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen im Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt.

Der Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen

im Landkreis _____

der kreisfreien Stadt _____

wird bestätigt:

ja

nein

Ansprechperson beim Landkreis/bei der kreisfreien Stadt

| | |
|---------------|---------|
| Name, Vorname | Telefon |
| E-Mail | |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Landkreises/der kreisfreien Stadt