der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege gem. § 13 APG NRW i. V. m. §§ 20 APG DVO NRW  Monat:  Abrechnungszeitraum für die Einrichtungen der Tagespflege:  Träger:  Einrichtung / Plätze:  Name, Vorname  Wohnort  Geburts- datum  Pflegegrad ankreuzen bitte der Linrichtungen der Tagespflege in der Corientierter Aufwendungs- täglicher Wert  Täglicher Wert  Gesamt:  Gesamt:  Gesamt:  Bankverbindung:  Kontoinhaber:  IBAN:  IBAN:  IBAN:  IBC:  Geidinstitut:			_				_				ichtungen	OVO NEW
Abrechnungszeitraum für die Einrichtungen der Tagespflege:  Träger:  Einrichtung / Plätze:  Name, Vorname  Wohnort  Geburts- datum  Pflegegrad ankreuzen bitte ankreuzen bitte der Hauge in der Einrichtung tage in der Einrichtung tage in der Einrichtung tage in der Wert  Gesamt:  Ges	der Tages-, N											
Name, Vorname	Ahrechnungszeitraum	für die Ein	richtungen	der 1	Tane	enfl	- ΔαΔ·			WOHAL.	1	
Name, Vorname	)		lontungen	uci i	rage	эрпс	ge.					
Name, Vorname												
1   2   3   4   5   Einrichtung   Wert   Cause   Cau	Name, Vorname	Wohnort		Pfle	_		en	bitte	wesen- heits- tage in der Einrich-	nungs- täglicher	orientierter Aufwen- dungs-	Bemerkungen
Bankverbindung: Kontoinhaber: IBAN: BIC:				1	2	3	4	5				
Bankverbindung: Kontoinhaber: IBAN: BIC:			_					_	_	_		
Bankverbindung: Kontoinhaber: IBAN: BIC:												
Bankverbindung: Kontoinhaber: IBAN: BIC:												
Bankverbindung: Kontoinhaber: IBAN: BIC:												
Bankverbindung:  Kontoinhaber:  IBAN:  BIC:												
Bankverbindung:  Kontoinhaber:  IBAN:  BIC:		1						1				
Bankverbindung:  Kontoinhaber:  IBAN:  BIC:					ı						·	
Kontoinhaber: IBAN: BIC:						G	esar	nt:				
Kontoinhaber:  IBAN:  BIC:	Bankverbindung:										1	
IBAN: BIC: Control of the control of	j										1	
BIC:												
Geldinstitut:												
	Geldinstitut:											
Datum Unterschrift / Stempel der Einrichtung	Datum	Intovacionis (O	Annual des T	·	4							_