Bewohnerbezogener Aufwendungszuschuss für die Einrichtungen 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** bitte ankreuzen					**An-wesen-heits-tage in der Einrich-tung**	**berech-nungs-täglicher Wert**	**bewohner-orientierter Aufwen-dungs-zuschuss**	**Bemerkungen**
			1	**2**	**3**	**4**	**5**				
								Gesamt:			

Bankverbindung:	
Kontoinhaber:	
IBAN:	
BIC:	
Geldinstitut:	

Datum **Unterschrift / Stempel der Einrichtung**