

Absender (bitte eintragen)

An das  
**Landesamt für Gesundheit und Soziales**  
**Abt. 2 – Pflegeausbildungsfonds MV**

Friedrich-Engels-Platz 5-8  
 18055 Rostock

**Abrechnung der Ausgleichszuweisung – Träger der praktischen Ausbildung (TpA)**

→ **abzurechnendes Finanzierungsjahr:** \_\_\_\_\_  
 (bitte angeben in jiii)

Sofern Sie als Rechtsträger mehrere Einrichtungen haben, füllen Sie die Abrechnungsunterlagen bitte für jede Einrichtung getrennt aus.

(Bitte in Druckschrift oder maschinell ausfüllen.)

<b>Schlüsselnummer der Einrichtung:</b> (aus dem Pflegeportal MV)	
<b>Aktenzeichen Ausgleichszuweisungsbescheid:</b> (letzter Ausgleichszuweisungsbescheid für das abzurechnende Finanzierungsjahr)	LAGuS/MV-6-SZ01- _____ / _____
<b>Aktenzeichen Aktualisierungsmeldung (AM):</b> (aus dem Ausgleichszuweisungsbescheid)	_____ A _____ / _____ EA
Aktualisierungsmeldung vom: (aus dem Ausgleichszuweisungsbescheid)	
<b>Haben sich die mit der o.g. AM gemeldeten Ausbildungsdaten für das abzurechnende Finanzierungsjahr geändert:</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>  Wenn ja <input checked="" type="checkbox"/> → zusätzlich Seite 3, 4 beachten und ggf. ergänzen

<b>Ausbildungsvergütung:</b> (Summe des tatsächlich gezahlten Jahresarbeitgeberbruttobetrag für alle generalistischen Pflegefachkraftauszubildenden ohne Sonderzahlungen), abzüglich Ersatzleistungen z.B. aus U1/U2-Umlage oder § 56 IFSG	EUR
<b>Sonderzahlungen:</b> (Summe der tatsächlich gezahlten Sonderzahlungen für alle generalistischen Pflegefachkraftauszubildenden als Arbeitgeberbruttobetrag) KEINE Corona-Sonderzahlungen angeben. <sup>1</sup>	EUR
<b>Bestätigungsvermerk Jahresabschluss für abzurechnendes Finanzierungsjahr</b>	Eine Kopie des Bestätigungsvermerks des Abschlussprüfers zum Jahresabschluss <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> keine Verpflichtung zur Erstellung eines Bestätigungsvermerks für den Jahresabschluss

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name des gesetzlichen/im Pflegeportal MV legitimierten Vertreters  
(in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen/im Pflegeportal legitimierten Vertreters und Stempel

<sup>1</sup> Soweit diese nach § 150 a SGB XI refinanziert werden.



