



## Nachweis der Anrechnung der Leistung nach Nr. 9 Satz 2

### CoPflegeInvestR auf Leistungen nach § 150 SGB XI

(vgl. Nr. 9 Satz 4 CoPflegeInvestR)

- Hiermit teile ich mit, dass die vollstationäre Einrichtung der Pflege

Name:

Anschrift:

PLZ + Ort:

mögliche in der Richtlinie genannte Leistungen (z.B. Überbrückungshilfen, Corona-Soforthilfe, Betriebsschließungsversicherung oder vergleichbare Leistungen) erhalten hat.

Art der Leistung(en)	Höhe der Leistung(en) in €

- Die Leistung wurde in Höhe von €  
Die Leistung wurde in Höhe von €  
Die Leistung wurde in Höhe von €  
Die Leistung wurde in Höhe von €

nachweislich bereits auf die Leistung nach § 150 SGB XI angerechnet.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort,

Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigte/r, Stempel