Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion

Ref.724

Dasbachstraße 19

54292 Trier

**Kostenerstattung nach § 3 Abs. 3 Landesaufnahmegesetz (AufnG RP) iVm der Landesverordnung über Ausnahmen von der pauschalen Erstattung nach dem Landesaufnahmegesetz (AufnGEAusnV RP)**

|  |
| --- |
| Abrechnungszeitraum: |

|  |
| --- |
| Anzahl der insgesamt abgerechneten Personen:  (im oben genannten Abrechnungszeitraum) |

Für den vorgenannten Abrechnungszeitraum wird eine Kostenerstattung nach § 3 Abs. 3

AufnG RP iVm § 3 Abs. 1 Satz 2 AufnGEAusnV RP in Höhe von insgesamt (alle Fälle)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€ geltend gemacht:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anzahl der stat. Kranken-  hausaufent-  halte  *(Bitte hier Zahl angeben)* | Anzahl der schweren Dauer-  erkran-kungen  *(Bitte hier Zahl angeben)* | Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten nach  § 2 AufnGEAusnV RP (brutto) | abzgl. bereits erhaltener Erstattungen nach § 3 Abs. 1 AufnG bzw. § 3 Abs. 1 und 2 AufnG RP a.F. | abzgl./zzgl. Korrektur  (Anlage 2) | Zwischen-  summe | Gesamt-  erstattungs-  betrag (netto) (85%, § 3 Abs. 1 Satz 2 AufnGE-AusnV RP) |
| *insgesamt* € | *insgesamt* € | *insgesamt*  € | *insgesamt* € | *insgesamt* € | *insgesamt €* | *insgesamt* € |

Wir bitten um die Überweisung der Aufwendungserstattung an folgende Bankverbindung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kreditinstitut | IBAN | BIC |
|  |  |  |
|  |  |  |

sachlich und rechnerisch richtig nachgeprüft

Rechnungsprüfungsamt

Unterschrift/ Amtsbezeichnung Unterschrift/ Amtsbezeichnung

In Vertretung/ Im Auftrag In Vertretung/ Im Auftrag