**Anlage 3: Ermittlung des Ausgleichsbetrages**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Name, Anschrift)** |  |
| **Ansprechpartner (Name, E-Mailadresse, Telefonnummer)** |  |
| **IK** |  |
| **IBAN** |  |
| **Durchschnittlicher Vergütungssatz in Euro****Davon tagesbezogener Pauschalsatz (60 %)** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **KW \_\_\_\_** | **Tag 1** | **Tag 2** | **Tag 3** | **Tag 4** | **Tag 5** | **Tag 6** | **Tag 7** | **Ausgleichsbetrag pro Kalenderwoche** |
| **1** | **Datum (TT.MM.)** |  |  |  |  |  |  |  | **Summe:Tag 1 bis Tag 7** |
| **2** | **Behandlungstage gesamt** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.1** | **davon:****Rehabilitation oder Vorsorge** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.2** | **davon:** **KH-Behandlung** **(§ 22 KHG)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.3** | **davon:** **Kurzzeit-P (§ 149 SGB XI)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.4** | **davon:** **Kurzzeit-P (§ 39c SGB V)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Referenzwert 2019** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | **Differenz (Referenzwert 2019- Nr. 2)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | **Ausgleichsbetrag pro Tag****(Nr. 4 \* tagesb. Pauschalsatz)** |  |  |  |  |  |  |  |

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift: