

.....
(Zuwendungsempfängerin oder Zuwendungsempfänger)

.....
Ort/Datum

Telefon:

E-Mail:

An die

Bezirksregierung Münster

Dezernat 24

48128 Münster

Verwendungsnachweis

Zuwendung gem. § 14 a KHG i. V. m. §§ 19 - 25 KHSFV; Antragsnummer A-

Bezeichnung der Maßnahme:

Name Krankenhaus/-häuser:

Durch Zuwendungsbescheid(e) der (Bewilligungsbehörde)

vom Az.: 24.03.06 über EUR

ggf. Änderungsbescheid vom über EUR

wurden zur Finanzierung der o.a. Maßnahme insges.
bewilligt. EUR

Es wurden bisher ausgezahlt 2022 EUR

2023 EUR

2024 EUR

I. Sachbericht (bitte als "Anlage 1" kennzeichnen)

Beginn des Vorhabens (TT.MM.JJJJ):

Abschluss des Vorhabens (TT.MM.JJJJ):

(Definition "Maßnahmebeginn": siehe Nr. 4.8 der Verfahrensgrundsätze des MAGS zum Krankenhauszukunftsfonds. Bei einer Abweichung zu den im Antrag angegebenen Daten ist eine entsprechende Begründung im Sachbericht aufzunehmen.)

Der Sachbericht sollte aus 1 bis max. 2 DIN A4 Seiten bestehen: Eingehende Darstellung der durchgeführten Fördermaßnahme (z.B. Beginn, Maßnahmedauer, Abschluss, etwaige Abweichungen von den dem Zuwendungsbescheid zugrundeliegenden Planungen und vom Finanzierungsplan, Gegenüberstellung der Ergebnisse und der Ziele.).

II. Zahlenmäßiger Nachweis bis 31.12.22

1. Einnahmen

| Art Eigenanteil, Leistungen Dritter, Zuwendungen ¹⁾ | Lt. Zuwendungs- bescheid | | Lt. Ab- rechnung | |
|---|-----------------------------|------|---------------------|------|
| | EUR | v.H. | EUR | v.H. |
| Eigenanteil | | | | |
| Leistungen Dritter (ohne öffentl. Förderung) | | | | |
| Weitere öffentliche Förderung durch | | | | |
| Zuwendung des Landes | | | | |
| Zuwendung des Bundes | | | | |
| Insgesamt | | 100 | | 100 |

2. Ausgaben

| Ausgabengliederung | Lt. Zuwendungs- bescheid | | Lt. Ab- rechnung | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|
| | insgesamt | davon zuwendungs- fähig | insgesamt | davon zuwendungs- fähig |
| | EUR | EUR | EUR | EUR |
| technische und informationstechnische Maßnahmen | | | | |
| Beratungsleistungen bei der Planung | | | | |
| Personelle Maßnahmen einschl. Schulungen | | | | |
| Räumliche Kosten | | | | |
| Beschaffung von Nachweisen | | | | |
| Sonstige Ausgaben | | | | |
| Insgesamt | | | | |

III. Ist-Ergebnis

| | | Lt. Zuwendungsbe- scheid zuwendungsfähig EUR | Ist-Ergebnis lt. Abrechnung EUR |
|-----------------------|----------------|--|---------------------------------------|
| Ausgaben (Nr. II.2.) | | | |
| Einnahmen (Nr. II.1.) | | | |
| Mehrausgaben | Minderausgaben | | |

IV. Erfüllungsaufwand (separate Berechnung/Erläuterung bitte als "Anlage 3" kennzeichnen)

(Der Erfüllungsaufwand umfasst die Kosten für den Zeitaufwand u. die (Bürokratie-)kosten des Krankenhausträgers für die Antragstellung und Umsetzung des Vorhabens. Angegeben werden können nur interne Kosten, die an sich nicht nach dem Krankenhauszukunftsfonds förderfähig sind. Der Aufwand, der für allgemeine organisatorische Maßnahmen für eine Vielzahl von Vorhaben betrieben wurde, kann anteilig auf das einzelne Vorhaben heruntergerechnet werden. Neben der Höhe des jeweils entstandenen Erfüllungsaufwandes ist eine kurze Erläuterung anzugeben, wie die Höhe der Kosten berechnet wurde (z. B. Berechnungstabelle).

EUR

V. Bestätigungen

Es wird bestätigt, dass

- o die Allgemeinen und Besonderen Nebenbestimmungen des Zuwendungsbescheids beachtet wurden,
- o die Ausgaben notwendig waren, wirtschaftlich und sparsam verfahren worden ist und die Angaben im Verwendungsnachweis mit den Büchern und Belegen übereinstimmen.
- o keine weitere öffentliche Förderung für das gegenständliche Vorhaben beantragt oder bewilligt wurde.

VI. Anlagen

- o Anlage 1: Sachbericht
- o Anlage 2: Bestätigung nach § 25 Abs. 1 Nr. 2 KHSFV (Nachweis des IT-Dienstleisters + BAS-Zertifikat). Hinweis: Ausschließlich für Vorhaben nach § 19 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 6, 8 und 10 KHSFV
- o Anlage 3: Berechnung/Erläuterung zum Erfüllungsaufwand
- o Anlage 4: ggf. Änderungsanzeige (Formular: https://www.bezreg-muenster.de/de/gesundheits_und_soiales/krankenhaeuser/landesweite_krankenhausfoerderung/index.html)
- o Anlage 5: Belegliste zum zahlenmäßigen Nachweis gem. Nr. 5.4 ANBest-P-Corona (Muster: https://www.bezreg-muenster.de/de/gesundheits_und_soiales/krankenhaeuser/landesweite_krankenhausfoerderung/index.html)