

Anlage 3: Ermittlung des Ausgleichsbetrages

Bitte füllen Sie nur die grau hinterlegten Felder aus!

Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (Name, Anschrift):	
Ansprechpartner (Name, E-Mailadresse, Telefonnummer):	
IK:	
IBAN:	
Durchschnittlicher Vergütungssatz (aus Anlage 2):	
Davon tagesbezogener Pauschalsatz (60 %):	0,00

Nr.	KW XX	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	Ausgleichsbetrag pro Kalenderwoche
1	Datum								
2	Belegungstage insgesamt	0	0	0	0	0	0	0	
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 (aus Anlage 1)								
4	Differenz (Referenzwert 2019- Nr. 2)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Summe Tag 1 bis Tag 7:
5	Ausgleichsbetrag pro Tag (Nr. 4 * tagesb. Pauschalsatz)	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name:

Datum:

Rechtsverbindliche Unterschrift:

Bitte gem. Merkblatt **jeweils für die abgelaufene Woche bis Dienstag, 15 Uhr**, an covid19-KHEG@mags.nrw.de senden.

Dokumentation:

Die Meldungen für den abgelaufenen Monat sind **bis zum 10. des Folgemonats** ausgedruckt und rechtsverbindlich unterschrieben **per Post an das MAGS NRW, Referat I B 3, Fützenwall 25, 40219 Düsseldorf**, übersenden.