

## Ausfüllhilfe „Erhebungsbogen“

### Erhebungsbogen Seite 1

- Einrichtungs-ID:** 9-stellige IK-Nr. der Einrichtung
- |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | - | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
- Beispiel
- Name der Einrichtung:** Im Versorgungsvertrag eingetragener Firmenname bzw. bei Gewerbeanmeldung benutzter Name und Gesellschaftsform
- Straße, PLZ, Ort:** Betriebssitz der Einrichtung
- Ansprechpartner:** Name der Person, die die Datenmeldung verantwortet und Empfänger des Bescheides ist
- Telefon/Telefax:** Telefonische Durchwahl und Fax-Nummer des Ansprechpartners
- E-Mail:** E-Mail des Ansprechpartners (wenn möglich bitte eine personalisierte Adresse, wie z.B. [max.muster@einrichtung.de](mailto:max.muster@einrichtung.de) und nicht [info@einrichtung.de](mailto:info@einrichtung.de))
- Ggf. abweichende Adresse des Ansprechpartners:**  
Nur auszufüllen, wenn nicht mit der Einrichtungsadresse identisch
- Bankverbindung:** Der Abschnitt ist nicht auszufüllen, wenn die aktuell gültige Bankverbindung bereits gemeldet wurde, anderenfalls:
- Kontoinhaber:** Name der Person oder Firma, die als Kontoinhaber für das Konto eingetragen ist, über das der Zahlungsverkehr abgewickelt werden soll
- IBAN:** Seit dem 1. Februar 2014 gilt für Überweisungen und Lastschriften des Euro-Zahlungsverkehrsraums (SEPA) der gemeinsame europäische Standard. Bei der IBAN handelt es sich um eine weltweit gültige Nummer für Ihr Girokonto. Sie setzt sich zusammen aus einem Ländercode, der Bankleitzahl und Ihrer Kontonummer.
- BIC:** Beim BIC handelt es sich um einen international gültigen alphanumerischen Bankcode, der sich zusammensetzt aus Banknamen, Ländercode und Codierung des Ortes.
- Name der Bank:** Name des kontoführenden Kreditinstitutes
- SEPA-Lastschriftmandat:** Sollte für Ihre Einrichtung eine Zahlungsschuld festgesetzt werden, so haben Sie die Möglichkeit, am SEPA-Lastschriftverfahren teilzunehmen. Dazu füllen Sie bitte den anliegenden Vordruck für die Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates aus. Ihr Konto wird dann bis auf Widerruf jeweils zu den im Bescheid genannten Stichtagen 31.01., 30.04., 31.07. und 31.10. belastet.
- Wenn Sie nicht am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen möchten, achten Sie bitte darauf, dass die im Bescheid festgesetzten Teilbeträge rechtzeitig zu den Stichtagen 31.01., 30.04., 31.07. und 31.10.2019 angewiesen werden.

### Erhebungsbogen Seite 2

- Betriebliche Erträge:** Bei ambulanten Einrichtungen:  
Die Summe aller im vergangenen Kalenderjahr (2017) erzielten Erträge aus Leistungen im Sinne der §§ 36 und 45b SGB XI sowie aus Leistungen im Sinne der §§ 64b, 64i und 66 des SGB XII.
- Bei teilstationären Einrichtungen:  
Die Summe aller im vergangenen Kalenderjahr (2017) erzielten Erträge aus Leistungen im Sinne der §§ 41 und 45b SGB XI sowie aus Leistungen im Sinne der §§ 64g, 64i und 66 SGB XII.
- Bei stationären Einrichtungen:  
Die Summe aller im vergangenen Kalenderjahr (2017) erzielten Erträge aus Leistungen im Sinne der §§ 42, 43 und 45b SGB XI sowie aus Leistungen im Sinne der §§ 64h, 64i, 65 und 66 SGB XII.

Bei Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege:

Die Summe aller im vergangenen Kalenderjahr (2017) erzielten Erträge aus Leistungen im Sinne der §§ 42 und 45b SGB XI sowie aus Leistungen im Sinne der §§ 64h, 64i und 66 SGB XII.

**Für alle Einrichtungen gilt:**

**Nicht** einzubeziehen sind Erträge aus:

- Leistungen des SGB V
- Leistungen der Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI und § 64c SGB XII
- Externen Beratungsgesprächen gem. § 37 Abs. 3 SGB XI
- Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gem. § 43 b SGB XI
- Zusatzleistungen gem. § 88 SGB XI
- der Refinanzierung investiver Aufwendungen
- Entgelten für Unterkunft und Verpflegung gem. § 87 SGB XI
- Entgelten zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütungen gem. § 82a SGB XI
- Entgelten zur Refinanzierung der Ausgleichsbeträge (gem. Festsetzung im Bescheid vom 14.12.2016 Anlage 1)

siehe § 2 Abs. 3 HmbAltPflUmIVO

**Anzahl der Pflegeplätze:** Anzahl der gemäß Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassenen voll-/teilstationären Pflegeplätze (inkl. der eingestreuten Kurzzeit-Pflegeplätze) oder der solitären Kurzzeit-Pflegeplätze zum Stichtag 01.09.2018.

siehe § 5 Abs. 2 Nr. 7 HmbAltPflUmIVO

**Voraussichtliche Höhe der Ausbildungsvergütung:**

Hier ist die Summe aller voraussichtlich für das aktuelle Ausbildungsjahr (01.08.2018 bis 31.07.2019) zu zahlenden Ausbildungsvergütungen **gemäß Formblatt „Angaben zu den Auszubildenden“ (Spalte Gesamtsumme)** anzugeben. Sollten mehrere Formblätter „Angaben zu den Auszubildenden“ ausgefüllt worden sein, sind die jeweiligen Gesamtsummen zu addieren.

**Ein Ausnahmetatbestand gem. § 8 Abs. 3 oder 4 HmbAltPflUmIVO wird geltend gemacht:**

Hier können Sie durch Ankreuzen die Berücksichtigung eines Ausnahmetatbestandes beantragen, falls:

Ambulant:

- der anrechenbare Umsatz im ersten Kalenderhalbjahr 2018 gegenüber dem Vorjahresumsatz um mehr als 20 % zurückgegangen ist.  
Bitte geeignete und unterschriebene Nachweise für den anrechenbaren Umsatz im ersten Kalenderhalbjahr 2018 auf gesondertem Blatt beifügen.

Teil-/Vollstationär und solitäre Kurzzeitpflege:

- die Anzahl der Plätze während des laufenden Ausbildungsjahres reduziert wird (bspw. bei geplanten Umbaumaßnahmen).  
Bitte einen geeigneten Nachweis für die Reduzierung beifügen.
- die tatsächliche durchschnittliche Belegung im ersten Kalenderhalbjahr 2018 die Anzahl der Pflegeplätze um mehr als 20 % unterschritten hat.  
Bitte eine unterschriebene Aufstellung der Belegung im ersten Kalenderhalbjahr 2018 auf gesondertem Blatt beifügen.

**Anzahl der für das aktuelle Ausbildungsjahr angebotenen, aber nicht besetzten Ausbildungsplätze:** Falls nicht alle von Ihnen angebotenen Ausbildungsplätze besetzt werden konnten, tragen Sie hier bitte die Anzahl der nicht besetzten Ausbildungsplätze ein, getrennt nach der Altenpflegeausbildung und der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Pflegeassistenten/in.

siehe § 5 Abs. 2a HmbAltPflUmIVO

## Ausfüllhilfe Formblatt „Angaben zu den Auszubildenden - Meldung der voraussichtlich zu zahlenden Ausbildungsvergütungen“

Einrichtungs-ID:

9-stellige IK-Nr. der Einrichtung plus Kürzel des Sektors:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	-	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beispiel

A = Ambulant

T = Teilstationär

S = Stationär

K = solitäre Kurzzeitpflege

Weitere Formblätter „Angaben zu den Auszubildenden“ können Sie sich bei Bedarf von unserer Homepage [www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de](http://www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de) herunterladen.

### **Spalte 1: Laufende Nr. des Auszubildenden**

Die einzelnen Ausbildungsverhältnisse werden mit lfd. Nummer, Jahr des Ausbildungsbeginns, Namen (ggf. Geburtsnamen), Vornamen und Geburtsdatum der Auszubildenden gemeldet.

siehe § 5 Abs. 5a HmbAltPflUmIVO

Ein Nachweis über die Zuordnung der Auszubildenden ist zu Prüfzwecken aufzubewahren und auf Anforderung vorzulegen. Bitte führen Sie die Durchnummerierung auch bei den neuen Auszubildenden weiter fort und vergeben die lfd. Nummer nicht doppelt.

Sie können hier auch geplante Ausbildungsverhältnisse eintragen, deren Ausbildungsbeginn im aktuellen Ausbildungsjahr, aber nach dem 01. September liegt. Diese werden - sofern noch kein Name bekannt ist - mit lfd. Nummer und Jahr des Ausbildungsbeginns gemeldet. Für die Meldung von Ausbildungskosten für geplante Ausbildungsverhältnisse benötigen Sie ein Bestätigungsschreiben von der für die theoretische Ausbildung vorgesehenen Berufsschule. Die Berufsschule bestätigt darin das voraussichtliche Zustandekommen des Ausbildungsverhältnisses. Bitte senden Sie dieses Bestätigungsschreiben in Kopie mit. Sie sichern sich durch dieses Verfahren, dass die geplanten Ausbildungsverhältnisse bei der Berechnung des Finanzierungsbedarfs der Ausbildungsumlage verbindlich berücksichtigt werden können. Falls das geplante Ausbildungsverhältnis doch nicht zustande kommt, bedenken Sie bitte, dass im Rahmen der Spitzabrechnung nicht verausgabte Ausbildungskosten zurückgefordert werden. In diesem Fall sollten Sie entsprechende Rückstellungen vornehmen. Bitte setzen Sie sich gegebenenfalls mit der Geschäftsstelle der Ausbildungsumlage in Verbindung.

### **Spalte 2: Altenpflege-Ausbildung oder GPA-Ausbildung**

Bitte in der entsprechenden Spalte das Ausbildungsjahr eintragen, in dem sich der/die jeweilige Auszubildende zum Stichtag 01.09.2018 befindet.

siehe § 5 Abs. 2 Nr. 1 HmbAltPflUmIVO

### **Spalte 3: Ausbildungsvertrag / Arbeitsvertrag**

Bitte hier ankreuzen, ob das jeweilige Ausbildungsverhältnis auf Grundlage eines Ausbildungsvertrages, der den Anforderungen der jeweils zuständigen Behörden entspricht, oder eines Arbeitsvertrages durchgeführt wird. **Achtung! Vergütungen für Ausbildungsverhältnisse, die auf Grundlage eines Arbeitsvertrages durchgeführt werden (bspw. im Rahmen des Förderprogramms WeGebAU der Agentur für Arbeit) sind aus dem Umlageverfahren nicht erstattungsfähig! Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind Vergütungen für verkürzte Nachqualifikationen zur Gesundheits- und Pflegeassistenz, die von der zuständigen Behörde nicht in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse gem. § 10 Abs. 4 HmbGPAG eingetragen werden.**

Siehe hierzu auch Merkblatt „Hinweise zur Anerkennung von Ausbildungsverhältnissen entsprechend der Hamburgischen Altenpflegeumlageverordnung“ auf [www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de](http://www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de).

**Spalte 4: Teilzeitausbildung**

Bitte hier ankreuzen, wenn die Ausbildung nicht in Vollzeit durchgeführt wird, sondern in Teilzeit (bspw. in sogenannten „berufsbegleitenden“ Ausbildungen). In diesem Fall legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag in Kopie bei.

**Spalte 5: Wechsel Ausbildungsbetrieb**

Bitte hier nur dann ankreuzen, wenn der/die jeweilige Auszubildende die in einem anderen Ausbildungsbetrieb begonnene Ausbildung in Ihrem Betrieb fortsetzt.

**Spalte 6: Voraussichtlich zu zahlende Ausbildungsvergütung**

Summe der an den/die jeweilige/n Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2018 bis 31.07.2019 voraussichtlich zu zahlenden Ausbildungsvergütungen (Arbeitnehmer-Bruttovergütung, ggf. inkl. Jahressonderzahlung).

siehe § 5 Abs. 2 Nr. 3 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 7: Voraussichtlich zu entrichtender AG-Anteil zur Sozialversicherung**

Summe der für den/die jeweilige/n Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2018 bis 31.07.2019 voraussichtlich zu entrichtenden Arbeitgeberanteile an den Beiträgen zur Sozialversicherung (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Insolvenzgeldumlage, ggf. Umlagen 1 und 2).

siehe § 5 Abs. 2 Nr. 3 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 8: Voraussichtliche Höhe zu zahlender tariflicher Zeitzuschläge und Zulagen**

Summe der an den/die jeweiligen Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2018 bis 31.07.2019 voraussichtlich zu zahlenden tariflichen Zeitzuschläge und Zulagen ohne Abschlussprämie.

siehe § 5 Abs. 2 Nr. 3 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 9: Voraussichtliche Zahlung betrieblicher Altersvorsorge**

Summe der für den/die jeweilige/n Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2018 bis 31.07.2019 voraussichtlich zu zahlenden Arbeitgeberbeiträge zur betrieblichen Altersvorsorge.

siehe § 5 Abs. 2 Nr. 3 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 10: Voraussichtlich zu gewährende Förderungen von Weiterbildungskosten (nur im dritten Ausbildungsjahr Altenpflegeausbildung)**

§ 17 Abs. 1a Altenpflegegesetz (AltPflG) regelt: „Im dritten Ausbildungsjahr einer Weiterbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger, die nach dem 31. Dezember 2005 beginnt, hat der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin oder dem Schüler über die Ausbildungsvergütung hinaus, die Weiterbildungskosten entsprechend § 83 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch zu erstatten, sofern diese im dritten Ausbildungsjahr anfallen“.

§ 83 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 des SGB III (Auszug) regelt:

„(1) Weiterbildungskosten sind die durch die Weiterbildung unmittelbar entstehenden (1. Lehrgangskosten und Kosten für die Eignungsfeststellung,)

**2. Fahrkosten,**

**3. Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung,**

**4. Kosten für die Betreuung von Kindern.“**

siehe § 5 Abs. 2 Nr. 4 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 11: Gesamtsumme gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 3 und 4 HmbAltPflUmIVO**

Summe der in den Spalten 6-10 eingetragenen Kosten

**Spalte 12: Ausbildungsdauer**

Bitte das Datum von Beginn und Ende des jeweiligen individuellen Ausbildungszeitraumes in Ihrem Betrieb eintragen (z.B. 01.08.2018-31.07.2021 oder 01.02.2019-31.01.2022). Wechselt ein Auszubildender aus einem anderen Betrieb zu Ihnen und führt seine Ausbildung weiter, so geben Sie bitte das Aufnahmedatum in Ihrem Betrieb an.

## Ausfüllhilfe Formblatt „Angaben zu den Auszubildenden – Meldung der tatsächlich gezahlten Ausbildungsvergütungen“

Einrichtungs-ID:

9-stellige IK-Nr. der Einrichtung plus Kürzel des Sektors:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	-	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Beispiel

A = Ambulant

T = Teilstationär

S = Stationär

K = solitäre Kurzzeitpflege

Weitere Formblätter „Angaben zu den Auszubildenden“ können Sie sich bei Bedarf von unserer Homepage [www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de](http://www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de) herunterladen.

### Spalte 1: Laufende Nr. des Auszubildenden

Die einzelnen Ausbildungsverhältnisse werden mit lfd. Nummer, Jahr des Ausbildungsbeginns, Namen (ggf. Geburtsnamen), Vornamen und Geburtsdatum der Auszubildenden gemeldet.

siehe § 5 Abs. 5a HmbAltPflUmIVO

Für die Zuordnung der tatsächlichen zu den gemeldeten voraussichtlichen Ausbildungsvergütungen bitte die gleiche Nummerierung beibehalten. Ein Nachweis über die Zuordnung der Auszubildenden ist zu Prüfzwecken aufzubewahren und auf Anforderung vorzulegen.

### Spalte 2: Altenpflege-Ausbildung oder GPA-Ausbildung

Bitte ankreuzen, welche Ausbildung jeweils absolviert wird und in welchem Ausbildungsjahr sich der/die jeweilige Auszubildende zum Stichtag 01.09.2017 befunden hat.

siehe § 5 Abs. 5 Nr. 1 HmbAltPflUmIVO

### Spalte 3: Ausbildungsvertrag / Arbeitsvertrag

Bitte hier ankreuzen, ob das jeweilige Ausbildungsverhältnis auf Grundlage eines Ausbildungsvertrages, der den Anforderungen der jeweils zuständigen Landesbehörde entspricht, oder eines Arbeitsvertrages durchgeführt wurde. **Achtung! Vergütungen für Ausbildungsverhältnisse, die auf Grundlage eines Arbeitsvertrages durchgeführt wurden (bspw. im Rahmen des Förderprogramms WeGebAU der Agentur für Arbeit) sind aus dem Umlageverfahren nicht erstattungsfähig! Ebenfalls nicht erstattungsfähig sind verkürzte Nachqualifikationen zur Gesundheits- und Pflegeassistenz, die von der zuständigen Behörde nicht in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse gem. § 10 Abs. 4 HmbGPAG eingetragen werden.**

Siehe hierzu auch Merkblatt „Hinweise zur Anerkennung von Ausbildungsverhältnissen entsprechend der Hamburgischen Altenpflegeumlageverordnung“ auf [www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de](http://www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de).

### Spalte 4: Teilzeitausbildung:

Bitte hier ankreuzen, wenn die Ausbildung nicht in Vollzeit durchgeführt wird, sondern in Teilzeit (bspw. in sogenannten „berufsbegleitenden“ Ausbildungen). In diesem Fall legen Sie bitte den Ausbildungsvertrag in Kopie bei.

### Spalte 5: Wechsel Ausbildungsbetrieb

Bitte hier nur dann ankreuzen, wenn der/die jeweilige Auszubildende die in einem anderen Ausbildungsbetrieb begonnene Ausbildung in Ihrem Betrieb fortgesetzt hat.

### Spalte 6: Tatsächlich gezahlte Ausbildungsvergütung

Summe der an den/die jeweilige/n Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2017 bis 31.07.2018 tatsächlich gezahlten Ausbildungsvergütungen (Arbeitnehmer-Bruttovergütung, ggf. inklusive Jahressonderzahlung).

siehe § 5 Abs. 5 Nr. 1 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 7: Tatsächlich entrichteter AG-Anteil zur Sozialversicherung**

Summe der für den/die jeweilige/n Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2017 bis 31.07.2018 tatsächlich entrichteten Arbeitgeberanteile an den Beiträgen zur Sozialversicherung (Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Insolvenzgeldumlage, ggf. Umlagen 1 und 2).

siehe § 5 Abs. 5 Nr. 1 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 8: Tatsächliche gezahlte tarifliche Zeitzuschläge und Zulagen**

Summe der an den/die jeweiligen Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2017 bis 31.07.2018 tatsächlich gezahlten tariflichen Zeitzuschläge und Zulagen ohne Abschlussprämie.

siehe § 5 Abs. 5 Nr. 1 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 9: Tatsächlich gezahlte Beiträge zur betrieblichen Altersvorsorge**

Summe der für den/die jeweilige/n Auszubildende/n im gesamten Ausbildungsjahr vom 01.08.2017 bis 31.07.2018 tatsächlich gezahlten Arbeitgeberbeiträge zur betrieblichen Altersvorsorge.

siehe § 5 Abs. 5 Nr. 1 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 10: Tatsächlich gewährte Förderungen von Weiterbildungskosten (nur im dritten Ausbildungsjahr Altenpflegeausbildung)**

§ 17 Abs. 1a Altenpflegegesetz (AltPflG) regelt: „Im dritten Ausbildungsjahr einer Weiterbildung zur Altenpflegerin oder zum Altenpfleger, die nach dem 31. Dezember 2005 beginnt, hat der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin oder dem Schüler über die Ausbildungsvergütung hinaus, die Weiterbildungskosten entsprechend § 83 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch zu erstatten, sofern diese im dritten Ausbildungsjahr anfallen“.

§ 83 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 des SGB III (Auszug) regelt:

„(1) Weiterbildungskosten sind die durch die Weiterbildung unmittelbar entstehenden (1. Lehrgangskosten und Kosten für die Eignungsfeststellung,)

**2. Fahrkosten,**

**3. Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung,**

**4. Kosten für die Betreuung von Kindern“.**

siehe § 5 Abs. 5 Nr. 2 HmbAltPflUmIVO

**Spalte 11: Gesamtsumme gemäß § 5 Abs. 5 Nr. 1 und 2 HmbAltPflUmIVO**

Summe der in den Spalten 6-10 eingetragenen Kosten

**Spalte 12: Ausbildungsdauer**

Bitte das Datum von Beginn und Ende des jeweiligen individuellen Ausbildungszeitraumes in Ihrem Betrieb eintragen (z.B. 01.08.2017-31.07.2020 oder 01.02.2017-31.01.2020). Hat ein Auszubildender aus einem anderen Betrieb zu Ihnen gewechselt und seine Ausbildung in Ihrem Betrieb weitergeführt, so geben Sie bitte das Datum der Aufnahme in Ihrem Betrieb an. Bei Abbruch des Ausbildungsverhältnisses geben Sie bitte das entsprechende Austrittsdatum an.