

Amtsgericht _____ **Betreuer/in:** _____

Az: _____ **Betreuungsverfahren für:** _____

Antrag auf **Bewilligung** **Festsetzung**
von Vergütung und Aufwendungsersatz nach dem Gesetz über die Vergütung von Vormündern und Betreuern vom 5. April 2005 für Leistungen ab dem 27. Juli 2019 nach Vergütungstabelle B

für den Zeitraum vom _____ bis _____
 gegen die Staatskasse d. Betreute/n

Der/Die Betreuer/in wurde mit Beschluss vom _____ mit Wirkung vom _____ als bestellt.

Einzelauflistung:

Vergütungstabelle B		(besondere Kenntnisse abgeschlossenen Lehre - vergleichbare Ausbildung)				
			Gewöhnlicher Aufenthaltsort		Vermögensstatus	monatliche Pauschale
1. <input type="checkbox"/>	In den ersten drei Monaten	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 241,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 249,00 €
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 258,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 370,00 €
2. <input type="checkbox"/>	Im vierten bis sechsten Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 158,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 196,00 €
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 211,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 258,00 €
3. <input type="checkbox"/>	Im siebten bis zwölften Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 154,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 174,00 €
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 188,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 238,00 €
4. <input type="checkbox"/>	Im 13. bis 24. Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 107,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 113,00 €
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 151,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 196,00 €
5. <input type="checkbox"/>	Ab dem 25. Monat	<input type="checkbox"/>	stationäre Einrichtung oder gleichgestellte ambulant betreute Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 78,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 96,00 €
		<input type="checkbox"/>	andere Wohnform	<input type="checkbox"/>	mittellos	<input type="checkbox"/> 130,00 €
				<input type="checkbox"/>	nicht mittellos	<input type="checkbox"/> 161,00 €

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Ich beantrage die Bewilligung Festsetzung einer Vergütung und Aufwendungsersatz nach

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nummer 1. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ € |
| <input type="checkbox"/> Nummer 2. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ € |
| <input type="checkbox"/> Nummer 3. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ € |
| <input type="checkbox"/> Nummer 4. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ € |
| <input type="checkbox"/> Nummer 5. für die Zeit vom _____ bis _____ in Höhe von _____ € |

zuzüglich

- | | | | |
|--|--|---------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> monatliche Pauschale zu 30,00 € weil: | <input type="checkbox"/> Geldvermögen mind. 150000 € | Betrag Pauschale gesamt: | _____ € |
| | <input type="checkbox"/> Fremdgenutzter Wohnraum | | |
| | <input type="checkbox"/> Erwerbsgeschäft | | |
| <input type="checkbox"/> Pauschale zu 200,00 € | Wechsel zu Berufsbetreuer | | |
| <input type="checkbox"/> 1,5-fache Fallpauschale | Wechsel vom Berufsbetreuer | Betrag 1,5-fache Fallpauschale: | _____ € |

in Höhe eines **Gesamtbetrages** von: _____ €

Darin enthalten sind _____ % Umsatzsteuer in Höhe von _____ €

Die Leistung ergeht umsatzsteuerfrei.

Steuernummer: _____

Bankverbindung: _____

Rechnungsnummer: _____

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind.

Datum

Unterschrift