

## Abtretungserklärung

Name: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Ich möchte, dass der mir zustehende Betrag aus den Leistungen der  
Niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangebote (HBPFVO) nach §  
45b, c Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI (ehrenamtliche Betreuung) direkt an

Mobilé e.V.,  
Johanniterstr. 48,  
48565 Steinfurt

erstattet wird.

Ich erteile dem Pflegedienst Mobilé e.V. die Erlaubnis, schriftlich sowie  
telefonisch Informationen über den abrechenbaren Betrag einzuholen.

Steinfurt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r bzw. Vertreter