

Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name, Vorname der/des Versicherten / KV-Nummer/Geburtsdatum

Anschrift Telefonnummer

Angaben zu meiner bisherigen/jetzigen Pflegeperson

Name, Vorname Anschrift Telefon
Zeitraum der Verhinderung von _____ bis _____

Angaben zur Art der Verhinderungspflege

- tageweise Verhinderungspflege
 stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert)

Grund der Verhinderung

- Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe: _____
 Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch die oben genannte Pflegeperson erbracht.

Verlängerung der Verhinderungspflege

- Sofern der Höchstbetrag von 1.612 EUR für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr überschritten wird, soll die Übertragung aus dem Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege von max. 806 EUR erfolgen, falls dieser Anspruch noch nicht ausgeschöpft ist.

Angaben zur Ersatzpflegeperson

- a) Privatperson

Name, Vorname Anschrift Telefon

Die Ersatzpflegeperson lebt mit der/dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft

- Ja nein

Zur pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades* vor

- * Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister
* Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne-/töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

- ja nein

- Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit vom _____ bis _____ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt.

Name des/der weiteren Pflegebedürftigen / KV-Nummer/Geburtsdatum

- b) Einsatz eines Pflegedienstes

Name und Anschrift des Pflegedienstes, Institutionskennzeichen

- c) Stationärer Heimaufenthalt

Name und Anschrift des Heimes/Veranstalters

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum und Unterschrift der bisherigen Pflegeperson

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers

Beleg auf Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatperson(en)

Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen

_____/_____
Name, Vorname der Versicherten KV-Nummer/Geburtsdatum

Zeitraum der Verhinderungspflege von _____ bis _____

- Sofern der Höchstbetrag von 1.612 EUR für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr überschritten wird, soll die Übertragung aus dem Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege von max. 806 EUR erfolgen, falls dieser Anspruch noch nicht ausgeschöpft ist.

Nachweis der entstandenen Aufwendungen

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn _____ für geleistete Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag in Höhe von _____ EUR erhalten zu haben.

Nur bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft auszufüllen:

- Fahrtkosten sind entstanden**
- mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis der Höhe erforderlich)
 - mit dem Privat-PKW (wirtschaftlichste Fahrtroute)
- Fahrt(en) von _____ nach _____ km/insgesamt: _____
- Netto-Verdienstaufschlag ist entstanden** (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Datum, Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers

Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung der Daten beruht auf § 94 SGB XI i. V. mit §§ 4, 28 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I, § 50 SGB XI verpflichtet.