

KNAPPSCHAFT Fachzentrum Pflege 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:			
	Bei Rückfragen/ Schriftwechsel t unbedingt anget	oitte	
Name, Vorname, Geburtsdatum der / de	es Versicherten		
Ihr Ansprechpartner/Telefon:	Datum		

ausgehändigt/übersandt aufgrund des Antrages vom .	durch		
		(Linterschrift der/des Knannschaftshediensteten	Versichertenherater etc.)

Teil A Angaben zur Feststellung des Pflegegrades

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.		
Aufgrund welcher Erkrankung/Behinderung liegt Pflegebedürftigkeit vor? Sofern Sie im Besitz von entsprechenden ärztlichen Unterlagen sind (z. B. Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte), bitten wir diese bei einem Hausbesuch durch unseren Gutachter im Original bzw. als Kopie zur Einsichtnahme bereitzuhalten.		
Werden Sie zurzeit stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt oder in einem Hospiz betreut?	Nein Ja, seit dem Name der Einrichtung Anschrift Telefonnummer	
Werden Sie zurzeit ambulant palliativ versorgt? Palliativpflege ist die Pflege und Versorgung sterbenskranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase durch entsprechende Fachkräfte.	☐ Nein ☐ Ja, seit dem durch Name der Institution	
Wurde von Ihrer Pflegeperson/Ihren Pflegepersonen die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt? (Bitte fragen Sie Ihre Pflegeperson/en.)	Anschrift Telefonnummer Nein Ja (Hinweis: Die Inanspruchnahme von verkürzter Arbeitsverhinderung von bis zu 10 Tagen ist hier allerdings nicht anzugeben!)	
Bitte geben Sie den Namen, die Anschrift und die Telefonnummer Ihres behandelnden Arztes an.	Name Anschrift Telefonnummer	
Ist für Sie ein Betreuer bestellt oder ein gesetzlicher Vertreter bzw. ein schriftlich Bevollmächtigter vor- handen?	Nein Ja (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.) Name Anschrift E-Mail Telefonnummer Faxnummer	

Sind die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden verursacht durch a) einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung? b) eine anerkannte Kriegsdienstbeschädigung oder eine militärische Dienstleistung? c) einen Dritten (z. B. Verkehrsunfall, Tätlichkeit, medizinischer Behandlungsfehler)? Beziehen Sie Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz?	Nein Ja *) Nein Ja *) Nein Ja *) Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid des Unfallversicherungsträgers bzw. der Versorgungsbehörde bei. Nein Ja Wenn ja, bitte Bescheid des Sozialamtes oder der Gemeinde/Stadt beifügen.	
Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder He		
Wann ist der früheste Termin, an dem Sie für eine Begutachtung durch den Sozialmedizinischen Dienst zur Verfügung stehen? Gibt es einen Zeitraum, innerhalb dessen aus zwingenden Gründen eine Begutachtung nicht durchgeführt	☐ ab sofort ☐ ab dem ☐ Nein ☐ Ja, und zwar vom bis	
werden kann ? (z. B. geplante Krankenhausbehandlung, Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme o. ä.)		
Teil B – Erklärung über die Art der Leistung.	die regelmäßig erbracht werden soll	
Teil B – Erklärung über die Art der Leistung, Bitte die von Ihnen gewünschte L	die regelmäßig erbracht werden soll eistung durch Ankreuzen kenntlich machen!	
	eistung durch Ankreuzen kenntlich machen!	
Bitte die von Ihnen gewünschte Le Ich nehme die häusliche Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine be Name, Anschrift und Telefonnummer des Pfleged Sollte ich den Sachleistungsanspruch in meiner Pfle beantrage ich, mir anteiliges Pflegegeld im Rahme	eistung durch Ankreuzen kenntlich machen! erufsmäßige Pflegekraft in Anspruch. dienstes (soweit bereits bekannt) gestufe aufgrund nicht vorhersehbarer Gründe nicht voll ausschöpfen,	
Bitte die von Ihnen gewünschte Lo Ich nehme die häusliche Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine be Name, Anschrift und Telefonnummer des Pfleged Sollte ich den Sachleistungsanspruch in meiner Pfle	eistung durch Ankreuzen kenntlich machen! erufsmäßige Pflegekraft in Anspruch. dienstes (soweit bereits bekannt) gestufe aufgrund nicht vorhersehbarer Gründe nicht voll ausschöpfen, en der Kombinationsleistung zu zahlen.	
Bitte die von Ihnen gewünschte Le Ich nehme die häusliche Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine be Name, Anschrift und Telefonnummer des Pfleged Sollte ich den Sachleistungsanspruch in meiner Pfle beantrage ich, mir anteiliges Pflegegeld im Rahme Ich beantrage, mir Pflegegeld zu zahlen.	eistung durch Ankreuzen kenntlich machen! erufsmäßige Pflegekraft in Anspruch. dienstes (soweit bereits bekannt) gestufe aufgrund nicht vorhersehbarer Gründe nicht voll ausschöpfen, en der Kombinationsleistung zu zahlen. es- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen.	



Ort und Datum

CRNAPPSCHAFT	Bei Rückfragen/ Schriftwechsel bitte unbedingt angeben!
	Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten
Angaben zu Ihrer Pflegeperson	
Name, Vorname	
Anschrift	
Für Rückfragen erreichen Sie mich/meine Pflegeperson un (Bitte immer ausfüllen, sofern kein Betreuer oder Bevollma	
Ich bin damit einverstanden, dass die vom Sozialmedizinische für erforderlich gehaltenen Unterlagen (z. B. Krankengeschicht berichte) hinzugezogen werden. Deshalb entbinde ich die Ärzte, zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme zu, über die Leistungsgewährung erforderlich sind, bei meinem Antre	e, Untersuchungsergebnisse, Röntgenaufnahmen und Befund- bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder diese Unterlagen und Auskünfte, soweit sie für die Entscheidung
In diesem Zusammenhang bitten wir darum, eventuell vorhan ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutac Begutachtungstermin bereitzuhalten.	
Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialmedizinische Diens Beteiligten befragen darf.	t zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit alle an meiner Versorgrung
sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z. B. einem	wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z. B. nossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben übermittelt Buch – SGB X – i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X),
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise v	versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge st verstrichen ist (§ 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch – SGB I –).

Unterschrift der/des Versicherten

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:



KNAPPSCHAFT Fachzentrum Pflege 45095 Essen



Informationen zum Beratungsangebot der KNAPPSCHAFT

Pflegebedürftigkeit ist oft ein erheblicher Einschnitt im Leben der Betroffenen, der Familien, im sozialen Umfeld. In dieser Situation sind kompetente und schnelle Auskünfte zu Fragen über Leistungsansprüche, Hilfsangebote und Unterstützungsmaßnahmen sehr wichtig. Hier bietet die KNAPPSCHAFT gerne Hilfe an.

Die Soziale Pflegeversicherung sieht vor, dass Antragstellern unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Pflegeleistungen ein konkreter Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten und die Beratung spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist.

Auf Wunsch wird diese Beratung in der häuslichen Umgebung und selbstverständlich gerne auch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt.

Die Beratung kann unter Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern oder gegenüber ihnen erfolgen, sofern die anspruchsberechtigte Person dies wünscht. Sie umfasst sämtliche, mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die spezielle Pflegeberatung durch besonders qualifizierte Pflegeberater/innen auf der Grundlage des sozialmedizinischen Pflegegutachtens.

Wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen möchten, senden Sie dieses Informationsschreiben **unterschrieben** an uns zurück. Weitere Informationen zur Pflegeversicherung erhalten Sie unter www.knappschaft.de in der Rubrik Pflegeberatung.

Nein, ich bin bereits umfassend informiert und beraten worden.Ja, ich möchte eine Beratung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen.		
Ort und Datum	Unterschrift der/des Versicherten	
Um Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können, te unter der Sie oder eine andere Person erreichba	eilen Sie uns bitte einen Namen und eine Telefonnummer *) mit ar sind.	
Name, Vorname		
Telefonnummer		

MERKBLATT

- Preisvergleichslisten -

Die Preisvergleichsliste eröffnet Ihnen die Möglichkeit verschiedene Pflegedienste in Ihrer Umgebung nach Ihren Preisen untereinander zu vergleichen und kann Ihnen somit bei der Wahl eines ambulanten Pflegedienstes helfen.

Die Pflegekassen übernehmen Pflegeeinsätze durch einen Pflegedienst bis zu den – von dem jeweiligen Pflegegrad abhängigen – monatlichen Höchstbeträgen. Erbringt der Pflegedienst Leistungen, die diese Beträge übersteigen, kann dieser den übersteigenden Betrag direkt mit Ihnen abrechnen.

Über die mit Ihnen vereinbarten Leistungen schließt der Pflegedienst mit Ihnen einen Pflegevertrag ab. In diesem Pflegevertrag werden die entstehenden Kosten und die zu erwartenden Eigenbelastungen vor Beginn der Pflegetätigkeit aufgeführt.

Je günstiger der Preis der Leistung ist, umso mehr Leistungen können zu Lasten der Pflegeversicherung abgerufen werden oder es besteht die Möglichkeit, neben der Pflegesachleistung auch noch anteiliges Pflegegeld zu erhalten (Kombinationsleistung).

Sie sehen also, wie wichtig ein Preisvergleich auch im Bereich der häuslichen Pflegehilfe ist. Die Wahl eines günstigen Pflegedienstes schont auch **Ihre Geldbörse**.

Wollen auch Sie bares Geld sparen, indem Sie die Preise ambulanter Pflegedienste miteinander vergleichen und sich für einen günstigen Pflegedienst in Ihrer Umgebung entscheiden?

Die Preisvergleichslisten können Sie bei dem für Sie zuständigen Fachzentrum Pflege anfordern. Bitte geben Sie hierbei den Ort, bzw. die Postleitzahlen der Bereiche an, die für Sie in Frage kommen.





Sozialmedizinischer Dienst: Informationen zur Pflegebegutachtung

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) unterstützt die KNAPPSCHAFT in allen medizinischen und pflegerischen Fragestellungen.

Um über Ihren Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheiden zu können, muss Ihr persönlicher Hilfebedarf festgestellt werden. Daher wird die Pflegekasse den SMD beauftragen, ein Pflegegutachten zu erstellen.

Zu diesem Zweck wird sich der SMD **schriftlich oder telefonisch** mit Ihnen in Verbindung setzen, um möglichst kurzfristig einen Begutachtungstermin zu vereinbaren.

Die Pflegebegutachtungen erfolgen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte des SMD, die sich durch einen Dienstausweis ausweisen.

Die Begutachtung findet in der Regel in Ihrem Wohnumfeld statt, um einen Eindruck von Ihrer individuellen Lebens- und Pflegesituation zu bekommen.

Was ist bei der Begutachtung von Patienten mit Demenzerkrankung zu beachten?

Die Gutachterin oder der Gutachter spricht in der Regel zunächst die pflegebedürftige Person an. Auch wenn ihre Angaben auf Grund der dementiellen Erkrankung nicht zuverlässig sind, kann hierbei ein Rückschluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Person gezogen werden. Diese Angaben werden allerdings nicht ungeprüft übernommen, sondern mit der pflegenden Person besprochen, bevor sie in das Gutachten einfließen.

Was geschieht nach der Begutachtung?

Ein Pflegegutachten wird erstellt. Auf dessen Grundlage entscheidet die Pflegekasse über Ihren Antrag. Hierüber erhalten Sie einen Bescheid. Auf Ihren Wunsch wird Ihnen das Pflegegutachten übersandt.

Tipps für den Hausbesuch:

- Schildern Sie der Gutachterin oder dem Gutachter möglichst genau Ihre gesundheitlichen Einschränkungen.
- Halten Sie aktuelle Befund- und Entlassungsberichte bereit.
- Für den Fall, dass bereits ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie der Gutachterin oder dem Gutachter die Pflegedokumentation vor. Wenn Sie häusliche Krankenpflege erhalten, sollten die entsprechenden Leistungsnachweise, insbesondere vorliegende Wunddokumentationen, zur Einsichtnahme ebenfalls bereit gehalten werden.
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, halten Sie auch diese bereit.
- Bitten Sie die Person/en, die bei Ihnen Pflege durchführt/en, bei der Begutachtung dabei zu sein.

Kontakt:

Kundenzufriedenheit genießt in unserem Hause einen hohen Stellenwert. Sollte es dennoch im Rahmen der Pflegebegutachtung einmal Grund zur Beschwerde geben, wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen SMD oder an den Leiter des Dezernates V.3, Sozialmedizinischer Dienst, Herrn Dr. Volker Strehle, Knappschaftstr.1,44799 Bochum, smd@kbs.de.

Weitere Informationen zu unserem Haus erhalten Sie unter: www.knappschaft.de

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

- unbedingt auch von Beschäftigten und Rentenbeziehern auszufüllen -

(Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die nebenstehenden Erläuterungen)

A Angaben zur pflegebedürftigen Person		
Name, Vorname	Krankenversichertennummer	
		l
B Angaben zur pflegenden Person (Pflegepers	on)	
	☐ männlich ☐ weiblich	
Name, Vorname	websien	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)		
		Ihre Rentenversicherungs- nummer finden Sie in
Rentenversicherungsnummer	Staatsangehörigkeit	Ihrem Sozialversicherungs- ausweis, einer Gehalts-
Geburtsname, ggf. frühere Namen	Geburtsland und Geburtsort	abrechnung oder in einer Mitteilung Ihrer Rentenver- sicherung.
		Ü
Geburtsdatum (TT,MM,JJJJ)	Telefonnummer (freiwillige Angabe)	
1 Angaben zur Pflege		
-		
1.1 Ich pflege die pflegebedürftige Person seit dem: Ta	ag Monat Jahr	
an insgesamt Stunden wöchentlich, an	Tagen wöchentlich am:	Bitte tragen Sie immer die
☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch	☐ Donnerstag ☐ Freitag	wöchentlichen Gesamt- stunden ein.
☐ Samstag ☐ Sonntag		
☐ im Rhythmus von ☐ Wochen / ☐ Monat	е	
in folgendem Rhythmus:		
1.2 Neben mir sind noch andere Pflegepersonen im Haus	shalt der pflegebedürftigen Person tätig:	
☐ Nein ☐ Ja, ☐ Nema Vaynama		Weitere Pflegepersonen, die an der Pflege beteiligt
Name, Vorname		sind, können Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.
Anschrift (Straße, Hausnum	nmer, Postleitzahl und Ort)	
Die Pflege wird von mir nur vorübergehend (nicht meh Vertretung ausgeübt:	nr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe/	
Nein		
☐ Ja, vom ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Tag Monat Jahr	
(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)		
1.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?		
im Haushalt der pflegebedürftigen Personin meinem Haushalt		
im gemeinsamen Haushalt		
1.5 Ich stehe in folgendem Verhältnis zur pflegebedürftige☐ Ehegatte/eingetragener Lebenspartner	en Person: □ Elternteil □ Kind	
1.6 Ich erhalte von der pflegebedürftigen Person eine Gel	ldleistung, die das - je nach Pflegegrad - zu zahlende	
Pflegegeld übersteigt: ☐ Nein		
☐ Ja		

1.7	Die Pflegetätigkeit übe ich im Rahmen meiner Berufstätigkeit aus (selbständige Pflegefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung bzw. bin in meiner Eigenschaft als Pflegeperson bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig, "24 Stunden Kraft"):	
	Nein Rein Rein Rein Rein Rein Rein Rein R	
	☐ Ja, Tätigkeit als	
	(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)	
1.8	Ich pflege noch weitere pflegebedürftige Personen: Nein Ja, an insgesamt Stunden wöchentlich an Tagen wöchentlich am:	Versicherungsplicht kann auch bestehen, wenn die wöchentliche Mindestpfle-
	 Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag Wenn ja: a) Angaben zur weiteren pflegebedürftigen Person: 	gestundenanzahl bzw. die Mindestanzahl an Pflege- tagen erst durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird.
	Name, Vorname	Weitere pflegebedürftige Personen, die von Ihnen gepflegt werden, können
	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)	Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.
	Pflegekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer	
2	Angaben zur Rentenversicherung	
2.1	Ich übe neben der Pflegetätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus: Nein Ja, an insgesamt bis zu 30 Stunden in der Woche seit dem: Tag Monat Jahr Handelt es sich hierbei um einen "Minijob"? Nein Ja Ja, an insgesamt mehr als 30 Stunden in der Woche seit dem: Tag Monat Jahr (Weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)	
2.2	Ich beziehe eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze: Nein Ja, seit dem: Tag Monat Jahr	z. B. Altersvollrente nach Vollendung des maß- geblichen Lebensjahres, Pensionen oder Auslands- renten
	aus dem Inland / Ausland (Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite) Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente beantragt? Nein Ja	Hierbei handelt es sich nicht um eine Teilrente, die durch das Flexi- rentengesetz bezogen werden kann.
2.3	Ich habe die Regelaltersgrenze erreicht und bisher keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt: Mir wurden vom Rentenversicherungsträger Kindererziehungszeiten anerkannt Für mich wurden pauschale Beiträge aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung ("Minijob") gezahlt. Nein	Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Renten- versicherung über die Anerkennung der Kinderer- ziehungszeit in Kopie bei.
2.4	Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung wurden gezahlt: Nein Ja	
2.5	Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung habe ich mir in der Vergangenheit erstatten lassen:	
	Ja, am Tag Monat Jahr	Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.
	Wenn ja: Wurden nach der Beitragserstattung erneut Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? ☐ Nein ☐ Ja	

2.6	einrichtung:	
	☐ Nein ☐ Ja Name des Versorgungswerks	In diesem Fall werden die Beiträge für die Dauer de Pflege an das berufsstän-
		dische Versorgungswerk gezahlt, wenn Sie nicht widersprechen.
	Mitgliedsnummer	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
3	Angaben zur Arbeitslosenversicherung	
3.1	Direkt vor Beginn der Pflegetätigkeit war ich/bestand:	
	arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt vom	z. B. als Arbeitnehmer
	Name des Arbeitgebers, Ort	
	auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung vom	z. B. in einer selbstständigen Tätigkeit Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachwei
	oder 🗌 lfd.	in Kopie bei.
	Name der Agentur für Arbeit Kundennummer	
	□ anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung vom □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	z. B. Versicherungspflicht durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutter- schaftsgeld Bitte fügen Sie uns einen
	Art des Versicherungsverhältnisses	entsprechenden Nachwei in Kopie bei.
	ein Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III vom	z. B. Arbeitslosengeld I - oder Übergangsgeld
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr oder □ lfd.	Hierzu zählt nicht das Arbeitslosengeld II (Hartz IV).
	☐ Vorgenanntes trifft nicht zu:	
3.2	Für die Zeit der Pflegetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung:	z. B. Versicherungspflicht durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutter-
	Nein Ja:Art des Versicherungsverhältnisses (Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)	schaftsgeld Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachwei
3.3	Während der Zeit der Pflegetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III:	in Kopie bei.
	Nein Ja, vom Angel Jahr Tag Monat Jahr oder Ifd. (Wenn ja: weiter bei Abschnitt C)	z. B. Arbeitslosengeld I oder Übergangsgeld
3.4	Für die Zeit der Pflegetätigkeit erziehe ich ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das	
	dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat: Nein Ja (Wenn ja: weiter bei Abschnitt C)	

3.5 Für mich wurde ⋅ ☐ Nein	vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt:	Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Rentenversi- cherung über die Anerken- nung der vollen Erwerbs- minderung in Kopie bei.
	eistung eines ausländischen Versicherungsträgers bewilligt, die dem Anspruch auf Rente verbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht:	Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.
C Datenschutzh	inweis	
	ufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben.	
Meine steuerliche	e Identifikationsnummer lautet:	
D Erklärung		
Mitteilung geben, v den Verhältnissen	sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich venn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, werbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).	

Ort, Datum

Unterschrift der Pflegeperson