
 Name der Pflegekasse

 Vor- und Nachname der versicherten Person

 Straße und Hausnummer

 Straße und Hausnummer

 Postleitzahl und Ort

 Postleitzahl und Wohnort

 Geburtsdatum

 Versichertennummer

Antrag auf Verhinderungspflege

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____ Leistungen der Verhinderungspflege, da meine Pflegeperson:

 Vor- und Nachname / Anschrift / Telefonnummer

wegen Urlaub Krankheit Sonstigem verhindert ist.

Es handelte sich dabei um eine stundenweise Verhinderungspflege Nein Ja
 (Meine Pflegeperson war in dem genannten Zeitraum, stundenweise, weniger als acht Stunden täglich abwesend)

Ich wurde vor Beginn der Ersatzpflege bereits 6 Monate gepflegt Nein Ja

Die Pflege wird / wurde im angegebenen Zeitraum durchgeführt

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> in Deutschland | <input type="checkbox"/> Im Ausland: _____ |
| <input type="checkbox"/> von einem Pflegedienst | <input type="checkbox"/> in einer Pflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> als Fernreise | <input type="checkbox"/> von einer selbst beschafften Ersatzpflege-Person |

 Vor- und Nachname / Anschrift / Telefonnummer

Mit der selbstbeschafften Ersatzpflegeperson bin ich bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert

Nein Ja: es handelt sich um: _____

Die Ersatzpflegeperson lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft Nein Ja

Reichen die Mittel aus der Verhinderungspflege nicht aus,
mache ich von meinem Anspruch zur Umwandlung aus der
nicht genutzten Kurzzeitpflege Gebrauch (max. 806 €) Nein Ja

Bei einer eventuellen Überzahlung von Pflegegeld durch die Nutzung der Verhinderungspflege,
stimme ich zu, dass die Leistungen verrechnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten /
Bevollmächtigten / Betreuer

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung der Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da dann ggf. über die Leistung Verhinderungspflege nicht entschieden werden kann (§ 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie direkt bei Ihrer Pflegekasse

Erklärung der privaten Pflegekraft

Bitte nur zutreffendes (stundenweise oder tageweise) ausfüllen

Stundenweise Verhinderungspflege: Hiermit bestätige ich _____

in der Zeit vom: _____ bis: _____ die stundenweise Ersatzpflege übernommen zu haben.

Ich habe / werde für die Ersatzpflege einen Stundenlohn von _____ Euro erhalten.

Die Gesamtsumme in Höhe von _____ Euro

wurde bereits an mich durch die Pflegeperson bezahlt

wurde noch **nicht** bezahlt, bitte überweisen Sie das Geld an:

Name der Bank

Name Kontoinhaber

IBAN

BIC

Tageweise Verhinderungspflege: Hiermit bestätige ich _____

in der Zeit vom: _____ bis: _____ die tageweise Ersatzpflege übernommen zu haben.

Ich habe / werde für die Ersatzpflege einen Stundenlohn von _____ Euro erhalten.

Die Gesamtsumme in Höhe von _____ Euro

wurde bereits an mich durch die Pflegeperson bezahlt

wurde noch **nicht** bezahlt, bitte überweisen Sie das Geld an:

Name der Bank

Name Kontoinhaber

IBAN

BIC

