

Antrag auf Verhinderungspflege

Name und Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

--

Ich wurde in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson gepflegt

Grund der Verhinderungspflege:

Erholungsurlaub der Pflegeperson

Krankheit der Pflegeperson

sonstige Gründe: _____

Die Pflegeperson ist vom: _____ bis _____

vollständig (d.h. täglich acht Stunden und mehr)

stundenweise (d.h. täglich weniger als acht Stunden) verhindert.

Ich möchte 806,00 EUR des Leistungsbetrages aus der Kurzzeitpflege übertragen

In dieser Zeit wurde ich gepflegt von:

(Ersatz-Pflegeperson, ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtung):

(Name und vollständige Anschrift)

Ich bin mit der Ersatz-Pflegekraft bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert

(bis zum 2. Grad verwandt sind: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister

bis zum 2. Grad verschwägert sind: Stiefeltern, Stiefkinder, Schwiegereltern, Enkelkinder des Ehegatten, Schwiegersohn, Schwiegertochter, Ehegatten der Enkelkinder, Großeltern der Ehegatten, Schwager, Schwägerin, Stiefgroßeltern)

nein

ja Verwandt-/Verschwägerungsverhältnis: _____

(z. B. Eltern, Tante Schwiegertochter/-sohn)

Hiermit versichere ich, dass alle von mir auf diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

(Datum)

(Unterschrift der Ersatz-Pflegekraft)

(Datum)

(Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters)



Antwort an

Salus BKK
Barfußgäschen 15
04109 Leipzig

Abrechnung der ausgeführten Verhinderungspflege

Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen

Name und Vorname des Versicherten

Versicherungsnummer

Angaben zur Ersatzpflegekraft:

Vorname: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Verhältnis zum/zur Pflegebedürftigen (z.B. Tochter, NachbarIn usw.) _____

Im Folgenden bitte nur den zutreffenden Abschnitt ausfüllen (**stunden- oder tageweise Verhinderung**).

1. Die **stundenweise Verhinderungspflege** (täglich weniger als acht Stunden) wurde übernommen



Von: · · bis · ·

Pflegestunden (gesamt): _____

Zu einem Stundensatz: , €

Betrag für **pflegerische Aufwände** (Pflegestunden x Stundensatz): · , €

2. Die **tageweise Verhinderungspflege** (täglich acht Stunden und mehr) wurde übernommen

Von: · · bis · ·

Pflegetage (gesamt): _____

Zu einem Tagessatz: , €

Betrag für **pflegerische Aufwände** (Pflegetage x Tagessatz): · , €





Ggf. **zusätzlich** angefallene Kosten:

Fahrkosten PKW:

Anz. Fahrten x gefahrene km x 0,20 €/km = , €

Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel (*Bitte Belege beifügen!*): , €

Verdienstausfall (*Bitte Nachweis beifügen!*): · , €

Insgesamt entstand. Aufwendungen / **Gesamtbetrag** (EUR): · , €

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sämtliche Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

· ·

Datum

Unterschrift der **Ersatz-Pflegekraft**

Bankverbindung / Empfangsbestätigung

Der **Gesamtbetrag** soll auf folgendes Konto erstattet werden:

Kontoinhaber/in: _____

IBAN:



D E



· ·

(Datum)

(Unterschrift des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters)

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten (Sozialdaten) ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich (§ 284 SGB V, § 94 SGB XI). Zur Mitteilung der erfragten Daten sind Sie nach § 206 SGB V und § 50 SGB XI verpflichtet. Freiwillige Angaben sind entsprechend gekennzeichnet. Wir versichern Ihnen, dass Ihre persönlichen Daten ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben verwendet werden.

Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter www.salus-bkk.de/datenschutz

