Salus BKK
Mit gutem Gefühl krankenversichert

Antrag auf Verhinderungspflege

Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname

T T M M J J J J
Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort)

Krankenversicherungsnummer

☐ Mitglied ☐ familienversichert

Telefonnummer tagsüber *(bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)*

Zeitraum und Gründe der Verhinderungspflege

Wurde die häusliche Pflege der o. g. pflegebedürftigen Person in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht? ☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift der verhinderten Pflegeperson

Verhinderungspflege wird für den Zeitraum vom T T M M J J J J **bis (voraussichtlich)** T T M M J J J J **beantragt,**

da die o. g. Pflegeperson ☐ vollständig (täglich mehr als 8 Stunden) ☐ stundenweise (weniger als 8 Stunden täglich) **verhindert war/sein wird.**

Grund für die Verhinderung der derzeitigen Pflegeperson: ☐ Erholungsurlaub ☐ Krankheit ☐ sonstige Gründe: _____

▶ Zusätzliche Erklärung der verhinderten Pflegeperson:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß sind und ich wegen genannter Gründe die häusliche Pflege nicht sicherstellen konnte/kann. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum ✗ **Unterschrift der verhinderten Pflegeperson**

Angaben zur Ersatzpflegeperson

▶ Für die Dauer der Verhinderung wurde/wird die Pflege ☐ von einer Privatperson ☐ durch ein(en) Pflegedienst/-heim **sichergestellt.**

Name der Pflegeperson/Einrichtung

Telefonnummer

Anschrift der Pflegeperson/Einrichtung

▶ Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen nur, wenn die Verhinderungspflege durch eine Privatperson erfolgt ist/erfolgen soll:

Lebt die Ersatzkraft mit der o. g. pflegebedürftigen Person in einem gemeinsamen Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Ist die o. g. pflegebedürftige Person mit der Ersatzkraft verwandt oder verschwägert? ☐ ja ☐ nein

▶ Falls ein Verwandschafts-/Schwägerschaftsverhältnis besteht, bitte angeben:

☐ bis zum 2. Grad verwandt
(Eltern, Kinder, Großeltern, Geschwister)

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

Abschließende Erklärung

▶ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Künftige Änderungen werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Datenschutzhinweis: (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7 und 28 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) sowie § 60 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Leistungsanspruchs zu erheben. 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

Ort, Datum ✗ **Unterschrift der/des Versicherten oder des Betreuers/Bevollmächtigten**

A160511/01.01/Online • Stand: 05/2018

Bitte erst nach Beendigung der Verhinderungspflege einreichen!

Salus BKK
Mit gutem Gefühl krankenversichert

Beleg zur Kostenerstattung bei Verhinderungspflege

Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum (T T M M J J J J)

Anschrift (Straße, Postleitzahl und Ort)

Krankenversicherungsnummer

☐ Mitglied ☐ familienversichert

Telefonnummer tagsüber *(bei evtl. Rückfragen – freiwillige Angabe)*

Angaben zur erbrachten Verhinderungspflege

Zeitraum der Verhinderungspflege: (T T M M J J J J) **bis** (T T M M J J J J) ☐ durch Privatperson ☐ durch ein(en) Pflegedienst / -heim

Name der Pflegeperson / Einrichtung

Telefonnummer

Anschrift der Pflegeperson / Einrichtung

Welche Aufwendungen / Kosten sind entstanden?	Bitte ankreuzen	Notwendiger Nachweis	Gesamtkosten
Vergütung an die Ersatz-Pflegekraft	☐ ja ☐ nein	Separate Aufstellung (Anlage II) und Bestätigung der Ersatz-Pflegekraft	€
Kosten einer Pflegeeinrichtung / eines Pflegedienstes[1)]	☐ ja ☐ nein	Detaillierte Kostenrechnung der Einrichtung inklusive Einsatznachweis	€
Nur bei Verwandten / Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft:			
Fahrkosten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel	☐ ja ☐ nein	Nachweis der Höhe (z. B.: Bahn- / Busticket)	€
Fahrkosten mit einem privaten PKW (wirtschaftlichste Route)	☐ ja ☐ nein	Aufstellung mit Angabe von Start- und Zielort, gefahrene Kilometer und Anzahl der Fahrten	€
Netto-Verdienstausfall der Ersatz-Pflegeperson	☐ ja ☐ nein	Nachweis / Bescheinigung des Arbeitgebers	€

[1)] *Bei der Pflege in einem Kurzzeitpflegeheim oder einer Einrichtung für vollstationäre Pflege können nur die Kosten der rein pflegebedingten Aufwendungen, d. h. ohne die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen, Investitionskosten, Behandlungspflege und soziale Betreuung, übernommen werden.*

Angaben zur Zahlung

Ist der Anspruch auf Verhinderungspflege erschöpft, wünsche ich die Übertragung von bis zu 50 % des Leistungsbetrages aus der Kurzzeitpflege. ☐ ja ☐ nein

Die Zahlung soll erfolgen an:

☐ bekannte Bankverbindung der pflegebedürftigen Person bzw. dessen gesetzliche Vertretung (da z. B. gegenüber der Ersatz-Pflegekraft in Vorleistung getreten)

☐ Pflegeheim / -dienst (Rechnung wurde noch nicht beglichen) ☐ Bankverbindung der Ersatz-Pflegekraft (bitte nachfolgend angeben)

Kontoinhaber/in

Geldinstitut

IBAN (D E)

BIC

Erklärung der Ersatz-Pflegekraft

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden und zusätzlichen Angaben (Anlage II) wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ferner bestätige ich, Verhinderungspflege für die o. g. pflegebedürftige Person geleistet und den aufgeführten Gesamtbetrag ☐ vollständig ☐ noch nicht **erhalten zu haben. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.**

Ort, Datum X **Unterschrift der Ersatz-Pflegekraft**

Abschließende Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Künftige Änderungen werde ich der Salus BKK unverzüglich mitteilen. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Datenschutzhinweis: (§ 67a Abs. 3 SGB X) Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7 und 28 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) sowie § 60 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Leistungsanspruchs zu erheben. 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

Ort, Datum X **Unterschrift der / des Versicherten oder des Betreuers / Bevollmächtigten**

A160511/01.01/Anlage I/Online

Bitte erst nach Beendigung der Verhinderungspflege einreichen!

Salus BKK
Mit gutem Gefühl krankenversichert

Einsatznachweis der Verhinderungspflege (Anlage II)

Nur notwendig, wenn Verhinderungspflege durch eine private Pflegeperson durchgeführt wurde / wird!

Verhinderungspflege wurde erbracht für:

☐ Frau ☐ Herr

Name, Vorname

T T M M J J J J
Geburtsdatum

Datum	Uhrzeit von / bis:	Betrag pro Stunde	Gesamtbetrag	Unterschrift der Ersatzpflegekraft
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		€	€	
		Gesamtbetrag	€	

Erklärung der Ersatz-Pflegekraft

▶ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Ferner bestätige ich, Verhinderungspflege für die o. g. pflegebedürftige Person geleistet und den aufgeführten Gesamtbetrag** ☐ vollständig ☐ noch nicht **erhalten zu haben. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.**

Ort, Datum X **Unterschrift der Ersatz-Pflegekraft**

A160511/01.01/Anlage II/Online