Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Verhinderungspflege / gemeinsamer Jahresbetrag

Persönliche Daten des Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Kundennummer

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Telefonnummer (aktuell)

PLZ, Ort

E-Mail

Angabe zur Verhinderungspflege

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Verhinderungspflege, weil die bisherige Pflegeperson verhindert ist.

Name und Adresse der bisherigen Pflegeperson

Grund für die Verhinderungspflege

☐ Urlaub (Vollzeit)

☐ Krankheit (Vollzeit)

☐ Sonstige stundenweise Erholung/Freizeit/Erledigungen etc.

Die Ersatzpflege wird durchgeführt

vom

bis

Die Pflegeperson ist von der Pflege abwesend:

☐ unter 8 Stunden täglich

☐ über 8 Stunden täglich

Die Ersatzpflege soll erbracht werden

Name der **Pflegeperson** oder des **Pflegedienstes**

Straße, Hausnummer

IK-Nr. des Pflegedienstes (falls bekannt)

PLZ, Ort

Telefon

Bei privater Pflegeperson:

Die Ersatzpflegeperson ist mit mir verwandt/verschwägert?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn mit ja angekreuzt, Stellung zum Pflegebedürftigen benennen (z.B. Geschwister/Großeltern).
Falls Verdienstausfall oder Fahrkosten geltend gemacht werden, bitte Nachweise beifügen.

Die Ersatzpflegeperson lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift des Bevollmächtigten
(bitte Vollmacht in Kopie beifügen)

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkung:
Gemäß § 67a Abs. 3 SGB X in Verbindung mit §§ 7, 7a, 28 SGB XI, § 60 SGB I ist Ihre Mitwirkung zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.