

Antrag auf Kostenerstattung einer Verhinderungspflege

Name, Vorname der Pflegeperson

Name der pflegebedürftigen Person

Versicherungsnummer

Grund der Verhinderung:

Erholungsurlaub Krankheit

sonstige Gründe

Verhinderungspflege in der Zeit: vom bis

Verhinderungspflege an folgenden Tagen:

Stundenweise Verhinderung der Pflegeperson (weniger als 8 Stunden/Tag) an folgenden Tagen

Bei Verwandten / Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft:

Eine Kostenerstattung wird beantragt, weil

Fahrtkosten entstanden sind

mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis, z. B. Fahrkarte, erforderlich)

mit dem Privat-PKW Fahrstrecke:

Fahrt(en) von nach km insgesamt

ein Verdienstaufschlag entstanden ist (Bescheinigung des Arbeitgebers über den Nettoverdienst erforderlich)

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Bei sonstigen, privaten Pflegepersonen:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn für geleistete Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag in Höhe von EUR erhalten zu haben.

Ich bestätige hiermit, dass ich mit dem/der Pflegebedürftigen nicht verwandt und nicht verschwägert bin und nicht in häuslicher Gemeinschaft mit ihm/ihr lebe.

Name der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum, Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst:

Bitte Rechnung(en) beifügen.

Verhinderungspflege durch eine stationäre Pflegeeinrichtung:

Bitte Rechnung(en) beifügen.

Bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson (unter 8 Stunden/Tag):

Wurden Sie im angegebenen Zeitraum von Ihrer Pflegeperson noch teilweise gepflegt?

ja nein

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

