

Bitte senden an:

Pflegekasse
Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage die Kostenübernahme der Verhinderungspflege für meine Pflegeperson

bisherige Pflegeperson (Name, Vorname)	Geburtsdatum	
Anschrift	Vorwahl	Rufnummer

Zeitraum der Verhinderung

Vom _____ bis _____

- stundenweise weniger als 8 Stunden am Tag** (stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen weniger als acht Stunden verhindert ist – zum Beispiel um am Vormittag oder Nachmittag Einkäufe, Behördengänge oder Ähnliches zu erledigen). Voraussetzung ist, dass die bisherige Pflegeperson an diesen Tagen ebenfalls eine Pflegeleistung erbringt.

Gründe bitte angeben

- Tageweise mindestens 8 Stunden am Tag** verhindert ist wegen

Urlaub Krankheit RehaMaßnahme

sonstiger Gründe:

Gründe bitte angeben

Während der Abwesenheit der bisherigen Pflegeperson soll die Pflege erbracht werden **durch eine Privatperson**

Name der Privatperson

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Vorwahl

Rufnummer

Ich bin mit der Ersatzpflegeperson (sollten beide Angaben zutreffen, ist ein Kreuz ausreichend)

 bis zum 2ten Grad verwandt oder verschwägert**oder** lebe mit ihr in einer häuslichen Gemeinschaft **durch einen Pflegedienst oder eine stationäre Einrichtung**

IK-Nummer des Pflegedienstes / der stationären Einrichtung

Name des Pflegedienstes / der stationären Einrichtung

 Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Pflegedienst oder die stationäre Einrichtung die Kosten direkt mit der DAK-Gesundheit abrechnet. Dies gilt nur für die beantragte Verhinderungspflege. Diesem Antrag liegt bereits eine Kostenabrechnung für meine private Ersatzkraft bei.

Ich versichere, dass meine Angaben den Tatsachen entsprechen. Mir ist bewusst, dass vorsätzliche Falschangaben zur Einleitung weiterer Prüfungen durch meine Pflegekasse nach § 47a Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) führen und diese möglicherweise strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten/betreuende Person/bevollmächtigte Person
Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

Datenschutzhinweis: Diese Daten werden nach § 60 SGB I in Verbindung mit § 94 SGB XI erhoben.

Die Ersatzpflege wurde durchgeführt von:

Vollständiger Name der Ersatzpflegekraft

Straße und Hausnummer der Ersatzpflegekraft

PLZ und Ort der Ersatzpflegekraft

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis oder Schwägerschaft bis zum 2. Grad zur gepflegten Person? ja nein

Wenn ja, welches?

Verwandtschaftsverhältnis/Schwägerschaft

Besteht eine häusliche Gemeinschaft mit der gepflegten Person? ja nein

Bitte ausfüllen, wenn eine der vorherigen Fragen mit „ja“ beantwortet wurde:

ja, der Ersatzpflegekraft sind zusätzlich Fahrkosten oder Verdienstausschlag entstanden.
(Bitte Kostennachweise beifügen)

Euro

nein, es sind keine zusätzlichen Aufwendungen entstanden.

Quittung / Zahlungsnachweis der Ersatzpflegekraft

Für meine geleistete Tätigkeit habe ich einen Betrag von _____ Euro erhalten.

Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

Ich bin damit einverstanden, von der DAK-Gesundheit telefonisch oder per E-Mail über eine DAK-Gesundheit Mitgliedschaft oder aktuelle Angebote informiert zu werden. Der Speicherung und Verwendung meiner Daten zu diesem Zweck stimme ich zu. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit für die Zukunft bei der DAK-Gesundheit widerrufen.

Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Die Erstattung erfolgt auf das uns bekannte Konto des Versicherten.

Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person oder der betreuenden Person/bevollmächtigten Person