

Antwort

DAK-Gesundheit
Postfach 10 14 44
20009 Hamburg

Erstattung von Entlastungsleistungen

Versicherte(r)	geboren am	KV-Nummer

Angaben zu den erbrachten Entlastungsleistungen und Kosten:

Art der Leistung:

(zum Beispiel: Unterstützung im Haushalt)

Angaben zum/zur Leistungserbringer/-in	
Name:	Vorname:
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Ort:
IK-Nummer (falls vorhanden):	

Angaben zum Abrechnungsmonat:

Leistungsmonat: Von Bis

Anzahl der Gesamtstunden:

Betrag je Stunde: € Gesamtbetrag: €

An wen soll die Erstattung der Entlastungsleistungen gezahlt werden?

☐ Die Kosten habe ich bereits selbst bezahlt.

☐ Ich bitte um Erstattung auf mein bereits bekanntes Konto

☐ Ich wünsche die Zahlung der Leistungen an eine dritte Person. Sie erhalten ein entsprechendes Formular mit der Post.

☐ Bitte senden Sie mir ____ neue(s) Abrechnungsformular(e) zu
(auch online unter www.dak.de/entlastungsbetrageinreichen zum Download erhältlich)

Datum

Unterschrift Pflegebedürftige/r oder Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/r