

Erstattung von Entlastungsleistungen - Niedersachsen

Angaben zu den erbrachten Entlastungsleistungen und Kosten:

(zum Beispiel: Unterstützung im Haushalt)

Angaben zum Abrechnungsmonat:

An wen soll die Erstattung der Entlastungsleistungen gezahlt werden?

- 955-521 | 20987374

☐ 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

Versicherter

geboren am

KVNR



Erklärung und Einverständnis Einzelhelfer/-in

nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI zur Abrechnung des Entlastungsbetrags – für ehrenamtliche Angebote (Nachbarschaftshilfe)

Das Angebot nach § 45 a Abs. 1 Satz 2 SGB XI gilt nach niedersächsischer Anerkennungsverordnung als anerkannt, wenn alle unten aufgeführten Angaben bestätigt werden:

Ich bestätige,

- Die dokumentierten Leistungen wurden im direkten persönlichen Kontakt mit der unterstützten Person erbracht.
- Es wird ausschließlich eine Aufwandsentschädigung geltend gemacht, die 85 Prozent des gesetzlichen Mindestlohns nicht überschreitet.
- Ich versichere, dass ich weder bis zum zweiten Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt, verschwägert oder verheiratet bin, noch von ihr geschieden wurde oder mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebe.
- Ich bin nicht die Pflegeperson der leistungsnehmenden Person.
- Ich bin weder rechtliche Betreuungsperson noch Vormund der unterstützten Person (Ausschluss gemäß § 181 BGB).
- Ich habe das 16. Lebensjahr vollendet.
- Das Angebot zur Entlastung wird nicht gleichzeitig für mehr als zwei Pflegebedürftige im selben Zeitraum erbracht.
- Ich bestätige, dass ich über eine einschlägige berufliche Qualifikation verfüge oder an einer auf das Angebot abgestimmte Schulung durch eine Fachkraft in einem Umfang von mindestens 30 Stunden teilgenommen habe bzw. an einem Pflegekurs nach § 45 SGB XI teilgenommen habe.
- Die Information zu Aufgaben und Grenzen der Angebote zur Unterstützung im Alltag des Niedersächsischen Landesamtes habe ich zur Kenntnis genommen und beachtet.

Datum

Unterschrift der Nachbarschaftshilfe

Hinweis: Bei falschen Angaben in dem Formular kann die Pflegekasse den überwiesenen Betrag zurückfordern bzw. verrechnen.