

Abrechnung des Entlastungsbetrages über die Versicherten im Rahmen der Nachbarschaftshilfe

nach § 45b SGB XI

Name und Vorname der/des Versicherten

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße

Versicherungsnummer

Telefonnummer

Erklärung der/des Versicherten

Für den Monat: Jahr:

Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von EUR auf mein Bankkonto.

Die Betreuung hat an insgesamt Stunden stattgefunden.

Name des ggf. abweichenden Kontoinhabers

Name des Geldinstitutes

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

Erklärung der/des Nachbarschaftshelfenden

Name und Vorname der/des Nachbarschaftshelfenden

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße

Geburtsort

☐ Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der Pflegebetreuungsverordnung Sachsen-Anhalt in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den vorgenannten Betrag erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Nachbarschaftshelfenden