

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