

Bitte senden an:

Pflegekasse
Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555

Kostenabrechnung bei Verhinderungspflege

Versicherte / Versicherter

Name

Geburtstag

Die Verhinderungspflege wurde durchgeführt:

- tageweise (Abwesenheit der Pflegeperson über 8 Stunden)
(bitte immer nur zusammenhängende Tage als einen Zeitraum angeben):

Vom	Bis	Rechnungsbetrag

- stundenweise (Abwesenheit der Pflegeperson unter 8 Stunden)
(bitte immer den Tag und die Stundenzahl angeben):

Datum	Stunden	Rechnungsbetrag

Rechnungsbetrag gesamt Euro

- Ich bin damit einverstanden, von der DAK-Gesundheit telefonisch oder per E-Mail über eine DAK-Gesundheit Mitgliedschaft oder aktuelle Angebot 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 für die Durchführung der oben genannten Zeiträume

bitte wenden

Die Ersatzpflege wurde durchgeführt von:

Vollständiger Name der Ersatzpflegekraft

Straße und Hausnummer der Ersatzpflegekraft

PLZ und Ort der Ersatzpflegekraft

Besteht ein Verwandtschaftsverhältnis bzw. 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 Verdienstaufschlag entstanden.
(Bitte Kostennachweise beifügen)

_____ Euro

nein, es sind keine zusätzlichen Aufwendungen entstanden.

Wurde der Rechnungsbetrag bereits direkt an die Ersatzpflegekraft gezahlt:

Nein - Bitte zahlen Sie direkt an die Ersatzpflegekraft oder Leistungserbringer

Ja - Die Kosten habe ich bereits selbst bezahlt. Ich bitte um Erstattung.

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.

_____ Datum

_____ Unterschrift der Ersatzpflegekraft für den Erhalt der Zahlung

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN

BIC

_____ Name des Kontoinhabers (falls nicht mit dem Pflegebedürftigen identisch)

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Pflegebedürftigen oder der/des Betreuers/ Bevollmächtigten