

Bitte senden an:

Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld

Die Erhebung der persönlichen Daten ist aufgrund § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) - Erstes Buch (I) erforderlich.

1. Persönliche Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	KV-Nummer
Anschrift des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum

Pflegeleistungen wurden bereits beantragt nein ja

Grund für die Beantragung von Pflegeunterstützungsgeld: _____

2. Pflegendе Person / Antragsteller

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Staatsangehörigkeit
Name und Anschrift des Arbeitgebers	
Krankenkasse	Krankenversicherтенnummer
Steuer-ID	

2.1 Ich bin eine nahe Angehörige / ein naher Angehöriger der pflegebedürftigen Person:

- Vater/Mutter
- Stiefvater/-mutter
- Schwiegervater/-mutter
- Großvater/Großmutter
- Kind/Adoptivkind/Pflegekind
- Enkelkind/Schwiegenerkind
- Kind/Adoptivkind/Pflegekind des Ehegatten oder Lebenspartners
- Ehegatte
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft
- Bruder/Schwester
- Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner

2.2 An den vom Arzt genannten Tagen ist mir Arbeitsentgelt gezahlt worden (siehe ärztliche Bescheinigung)

- nein
- ja, für folgende Tage (bitte jeden Tag angeben)

bitte wenden

2.3 Für den beantragten Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber und Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45b SGB V oder nach § 45 Abs.4 SGB VII.

nein

ja, vom _____ bis _____ / vom _____ bis _____

2.4 Entgeltbescheinigung meines Arbeitgebers über ausgefallenes Arbeitsentgelt für den beantragten Zeitraum wird beigefügt

ja nein, wird nachgereicht

2.5 Die Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen wurde durch einen Unfall verursacht

nein ja, ein Nachweis/Bescheid wird beigefügt

2.6 Die Pflegebedürftigkeit des Pflegebedürftigen ist Folge einer nach dem sozialen Entschädigungsrecht anerkannten Schädigung

nein

ja, _____
Ausstellende Behörde, Datum und Aktenzeichen des Versorgungsbescheides

3. Bankverbindung

IBAN	BIC (nur für Auslandsüberweisungen)
Name des Geldinstituts	Kontoinhaber

- 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.

4. Unterschrift

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Telefonnummer für Rückfragen (Angabe ist freiwillig)

Bescheinigung der Ärztin / des Arztes

Nur erforderlich, wenn die Notwendigkeit nicht bereits durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wurde

Die akut aufgetretene Pflegesituation macht die Organisation oder Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung des umseitig genannten Pflegebedürftigen notwendig

vom _____ bis _____ .

- Das voraussichtliche Erfüllen der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI wird bestätigt, sofern noch keine Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den MD oder den von der Pflegekasse beauftragten unabhängigen Gutachter vorliegt.

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes