

Erklärung zur Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen für Nachbarschaftshilfe		
gemäß Verordnung der Sächsischen Staatsregierung für die Anerkennung und Förderung von Unterstützungsangeboten in der Pflege (Sächsische Pflegeunterstützungsverordnung - SächsPflUVO)		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		
pflegeversichert bei		Krankenversicherungsnummer
Telefonnummer*		
Ich möchte gern als Nachbarschaftshelferin bzw. Nachbarschaftshelfer tätig sein, bei * (Name, Nachname, Pflegeversicherung)		
Ich erkläre <input type="checkbox"/> die pauschale Vergütung je Einsatzstunde übersteigt 5 EUR nicht <u>Hinweis:</u> Beträgt die vereinbarte pauschale Vergütung nicht mehr als 5 Euro pro Stunde, entfällt die Verpflichtung zur Versicherung gegen Schäden, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit in der Nachbarschaftshilfe anderen zufügen kann. Ich bin in diesem Fall über die Sammelhaftpflicht- und Sammelunfallversicherung des Freistaates Sachsen für Ehrenamtliche versichert (vgl. § 10 Abs. 2 SächsPflUVO). Für den Fall, dass die pauschale Vergütung je Einsatzstunden 5 EUR übersteigt, habe ich mich angemessen gegen Schäden versichert, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit in der Nachbarschaftshilfe anderen zufügen kann. <input type="checkbox"/> ja, Höhe Deckungssumme: Für die Anerkennung wird eine Deckungssumme von mind. 2 Mio. EUR für Personen-, Sach- und Vermögensschäden als ausreichend betrachtet. <u>Hinweis:</u> Es wird empfohlen vor Tätigkeitsaufnahme mit einem Versicherungsunternehmen den Versicherungsschutz für diese Tätigkeit verbindlich abzuklären.		
Ich habe einen von den Pflegekassen für die Nachbarschaftshilfe anerkannten Kurs absolviert <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein Kursanbieter war: <i>Bestätigung des Kursanbieters über die Kursteilnahme bitte beifügen</i>		
Ich erkläre darüber hinaus, dass ich folgende Voraussetzungen für die Anerkennung in der Nachbarschaftshilfe gemäß SächsPflUVO während meiner Tätigkeit einhalte: <ul style="list-style-type: none"> • ich bin nicht Betreuerin bzw. Betreuer des Anspruchsberechtigten, • ich lebe nicht in häuslicher Gemeinschaft mit der zu betreuenden Person, • ich bin nicht als Pflegeperson i.S.v. § 19 SGB XI bei der zu betreuenden Person tätig, • ich bin nicht mit der zu betreuenden Person bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert, • ich bin maximal 40 Stunden pro Kalendermonat für betreuende und entlastende Tätigkeiten im Einsatz, • die pauschale Vergütung je Einsatzstunde übersteigt 10 EUR nicht. 		
Ich bestätige hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ort, Datum <div style="float: right;"> Unterschrift </div>		

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags für die Erbringung von Pflegeleistungen nach § 45 b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen § nach 45 b SGB XI führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse.