

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Versichertennummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

1. Ich beantrage:

a. **stundenweise** Verhinderungspflege

Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen **weniger als acht** Stunden verhindert ist (z. B. um am Vormittag oder Nachmittag Einkäufe, Behördengänge oder Ähnliches zu erledigen). Voraussetzung ist ferner, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst eine Pflegeleistung erbringt.

b. **tageweise** Verhinderungspflege

Tageweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum mit Ausnahme des ersten und letzten Tages **mindestens acht Stunden** verhindert ist.

2. Die stunden- bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich:

weil meine Pflegeperson wegen **Urlaub** vorübergehend verhindert ist.

weil meine Pflegeperson wegen **Krankheit** vorübergehend verhindert ist.

weil meine Pflegeperson aus **sonstigen Gründen** vorübergehend verhindert ist.

Verhinderungsgrund:

3. Ich werde seit: _____ von folgender Person in der häuslichen Umgebung gepflegt:

Name der Pflegeperson(en)

Anschrift der Pflegeperson(en)

4. Die Verhinderungspflege wird in folgendem Zeitraum durchgeführt:

5. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt durch:

- eine erwerbsmäßig tätige Pflegeperson (Pflegekraft eines Pflegedienstes o. Ä.)

Name der Einrichtung/des Pflegedienstes

Anschrift der Einrichtung/des Pflegedienstes

- eine Privatperson (Angehörige, Verwandte, Nachbarn o. Ä.)

Name der Privatperson

Anschrift der Privatperson

Sind Sie mit der Privatperson verwandt oder verschwägert?

- Ja, ggf. wie?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft

- Nein

Leben Sie mit der Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

- Ja

- Nein

Entstehen der Privatperson Aufwendungen?

- Ja, ggf. welche?

Art der Aufwendungen (z. B. Verdienstaussfall oder Fahrtkosten)

- Nein

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben zur Prüfung des Anspruchs auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind arbeitslosen- oder rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet (§ 44 Abs. 5 SGB XI). Liegt Additionspflege vor werden die für die Durchführung der Beitragsberechnung in der Arbeitslosen- und Rentenversicherung erforderlichen Daten an die beteiligten Pflegekassen weitergeleitet (§ 44 Abs. 6 SGB XI). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.