

Antrag auf Leistungen der Pflegekasse bei Verhinderung einer Pflegeperson

Name, Vorname des / der pflegebedürftigen Versicherten	Geburtsdatum	KV-Nummer
Anschrift		Telefonnummer*

Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

Die häusliche Pflege wurde in den letzten 6 Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht.

Zeitraum der Verhinderung (TTMMJJJJ) vom bis

Angaben zur Art der Verhinderungspflege

- Pflegeperson ist täglich 8 Stunden und mehr abwesend (Tageweise Verhinderungspflege)
- Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden abwesend (Stundenweise Verhinderungspflege) – bitte Aufstellung beifügen
- Stationäre Verhinderungspflege

Grund der Verhinderung

- Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe

Angaben zur Ersatzpflegeperson

Privatperson

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

Telefon-Nr.*	Geburtsdatum	Krankenkasse
--------------	--------------	--------------

Zwischen Ihnen und der Ersatzpflegeperson besteht ein Verwandtschafts-/Schwägerschaftsverhältnis 1./2. Grades*

* Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

* Verschägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegerkinder, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/ Stiefenkel, Schwa-
ger/Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

ja nein

Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt

ja nein

Einsatz Pflegedienst/Stationärer Heimaufenthalt/Behindertenfreizeit Direkte Abrechnung wird gewünscht

Name und Anschrift des Pflegedienstes/Heimes/Veranstalters
--

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/der Versicherten bzw. des gesetzl. Be-
treuers/der gesetzl. Betreuerin oder Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Bewilligung von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatperson(en)

Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme vollständig ausgefüllt einreichen

Name, Vorname des / der pflegebedürftigen Versicherten

Geburtsdatum

KV-Nummer

Anschrift

Verhinderungspflege in der Zeit

von

bis

Art der Verhinderungspflege:

tageweise

stundenweise (die Stundenaufstellung ist beigelegt)

Nachweis der entstandenen Aufwendungen:

Für die Verhinderungspflege wurde ein Gesamtbetrag von _____ Euro vereinbart.

Wurde der Rechnungsbetrag bereits an die Ersatzpflegeperson ausgezahlt?

Ja, bitte erstatten Sie den Betrag an den Versicherten

Nein, bitte erstatten Sie den Betrag an die Ersatzpflegeperson

Die Erstattung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Kontoinhaber/in (Name, Vorname):

Straße, PLZ, Ort:

IBAN

D

E

Nur bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft auszufüllen:

Zusätzlich sind Fahrtkosten entstanden

mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis der Höhe erforderlich)

mit dem Privat-PKW (wirtschaftlichste Route)

Fahrt von _____ nach _____ km (einfache Strecke) _____

Anzahl der Fahrten (einfache Strecke) _____

ein Netto-Verdienstausschlag ist (Bescheinigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin erforderlich)

Innerhalb der letzten 12 Monate habe ich in der Zeit von _____ bis _____ eine weitere Ersatzpflege durchgeführt

Name des/der Pflegebedürftigen

ggf. KV-Nummer/Geburtsdatum

Zuständige Pflegekasse

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Auszahlung von Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte.

