

Abrechnung der Unterstützungsleistung nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI

Bitte das Formular direkt an die Pflegekasse/das private
Versicherungsunternehmen schicken.

Angebot zur Unterstützung im Alltag als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer gemäß § 45a SGB XI

Angaben zur versicherten Person/ zur Leistungsempfängerin bzw. zum Leistungsempfänger

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Angaben zur ehrenamtlichen Einzelhelferin/zum ehrenamtlichen Einzelhelfer

Name, Vorname:

Anschrift:

Eine Kopie des ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucks „Bestätigung des zukünftigen Einsatzes als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer“ ist beigefügt.



Angaben zur Unterstützungsleistung der ehrenamtlichen Einzelhelferin/des ehrenamtlichen Einzelhelfers

Erklärung der Leistungsempfängerin/des Leistungsempfängers

Im Abrechnungszeitraum von _____ bis _____

wurde ich durch die oben angegebene Person für _____ Stunden

durch niederschwellige Unterstützungsleistungen unterstützt.

Ich bitte um die Erstattung der Aufwendungen und Auslagen in Höhe von _____ (Gesamtbetrag in Euro)

Bitte das Formular direkt an die Pflegekasse/das private Versicherungsunternehmen schicken.

Erklärung und Einverständnis der Einzelhelferin/des Einzelhelfers

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung in der o.g. Zeit durchgeführt habe und mir dafür die oben aufgeführten Kosten/Aufwendungen entstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Einzelhelferin/Einzelhelfer

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaberin/
Kontoinhaber

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person,
Leistungsempfängerin/Leistungsempfänger
ggfs. gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher
Betreuer/ Bevollmächtigter, Bevollmächtigter

Hinweis: Diese Seite bitte nur ausfüllen, wenn die Zahlung direkt an die Einzelhelferin oder den Einzelhelfer erfolgen soll. Wenn die Zahlung direkt an Sie als pflegebedürftige Person erfolgen soll, bitte diese Seite nicht ausfüllen.

Abtretungserklärung zum Anspruch auf Erstattung

gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI an die/den Einzelhelferin/Einzelhelfer (gem. § 45a SGB XI)
(wenn Sie über eine Abtretungserklärung abrechnen, füllen Sie diese bitte jedes Mal erneut aus.
Privatversicherte wenden sich bei gewünschter Direktzahlung direkt an ihr Versicherungsunternehmen)

Name, Vorname
der/des Versicherten _____

Geburtsdatum _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Pflegekasse/ mein privates Versicherungsunternehmen

den Entlastungsbetrag (gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI) als Erstattungsleistung für das Angebot zur Unterstützung im Alltag (gem. § 45a SGB XI) direkt mit meiner ehrenamtlichen Einzelhelferin/meinem ehrenamtlichen Einzelhelfer (s. o.) abrechnet.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person,
ggfs. gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher
Betreuer/ Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Annahme der Abtretung durch die ehrenamtliche Einzelhelferin/den ehrenamtlichen Einzelhelfer

Ich nehme die Abtretung an.

Ort, Datum

Unterschrift der Einzelhelferin/des Einzelhelfers

Bestätigung für den Einsatz als
ehrenamtliche Einzelhelferin
oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer

Name, Vorname Einzelhelfer/in _____

Anschrift _____

Name pflegebedürftige Person: _____

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird der Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer möglich, damit die zu unterstützende pflegebedürftige Person, den Entlastungsbetrag nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 Sozialgesetzbuch (SGB) XI bei der für Sie zuständigen Pflegekasse bzw. bei dem für Sie zuständigen privaten Krankenversicherungsunternehmen beantragen kann. Diese unterschriebene Bestätigung ist in Kopie dem Formular zur Abrechnung von Unterstützungsleistungen nach § 45b SGB XI beizufügen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- das 16. Lebensjahr vollendet habe,
- die Unterstützung ehrenamtlich übernehmen und nicht mehr als zwei pflegebedürftige Personen zeitgleich unterstützen werde,
- als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer pflegebedürftige Personen unterstütze, die nicht mit mir bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind,
- als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer nicht pflegebedürftige Personen unterstütze, die mit mir in häuslicher Gemeinschaft leben,
- nicht bereits als Pflegeperson gemäß § 19 SGB XI für die pflegebedürftige Personen tätig bin.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich ebenso, dass ich

- die Informationen zum Einsatz als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer zur Kenntnis genommen habe,
- damit einverstanden bin, dass die Angaben zum Zwecke der Abrechnung bei der zuständigen Pflegekasse bzw. bei dem zuständigen privaten Krankenversicherungsunternehmen der unterstützten pflegebedürftigen Person gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Einzelhelferin/Einzelhelfer