

Antrag auf Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld

Angaben zum/ zur Pflegebedürftigen:

Vorname und Name

Versichertennummer

Angaben des Antragstellers/der Antragstellerin:

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____ die Zahlung von Pflegeunterstützungsgeld.

Vorname und Name

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon (freiwillige Angabe)

Staatsangehörigkeit

Rentenversicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

Name und Kennnummer der Krankenkasse (finden Sie auf der Rückseite der Krankenversicherungskarte)

- Ich beantrage zusätzlich einen Zuschuss zu meiner **privaten** Krankenvollversicherung (bitte Nachweis über die Höhe der Beiträge zur privaten Krankenversicherung beilegen).
- Ich bin von der Rentenversicherung befreit und beantrage zusätzlich die Zahlung der Beiträge an die folgende, für mich zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung:

Name und Anschrift der berufsständischen Versorgungseinrichtung

Ich bin naher Angehöriger der/des Pflegebedürftigen und stehe im folgenden Verwandtschaftsverhältnis zu ihr/ihm: Tochter/Sohn Ehegattin/Ehegatte Lebenspartner/-in Enkel/-in
 sonstiges, bitte Verwandtschaftsverhältnis benennen:

Kurze Beschreibung der akut eingetretenen Pflegesituation

Angaben zur Bankverbindung:

Für die Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes gilt folgende Bankverbindung:

Bezeichnung des Geldinstituts

BIC*: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber (Vorname und Name)

Anschrift Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch)

→ bitte wenden

Ich versichere, dass ich zur Sicherstellung/Organisation der Pflege meines nahen Angehörigen der Arbeit vom _____ bis _____ ferngeblieben bin und gegen meinen Arbeitgeber keinen Anspruch auf Entgeltfortzahlung Anspruch auf Entgeltfortzahlung für _____ Tage während der Freistellung von der Arbeit habe.

Ich versichere, dass ich im genannten Zeitraum keinen Anspruch auf Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes habe.

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, 11. Buch - SGB XI zur Leistungsentscheidung des Pflegeunterstützungsgeldes nach § 44a Abs. 3 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Datum und Unterschrift des Antragsstellers/der Antragstellerin

Ärztliche Bescheinigung zur Bestätigung einer akut aufgetretenen Pflegesituation

Name und Anschrift der Praxis (Stempel)

Arzt-Nr.

ausgestellt für _____
Vorname und Name des/der Angehörigen

Hiermit bestätige ich, dass bei dem Patienten/der Patientin _____,
Vorname und Name des Patienten/der Patientin

geboren am _____, eine Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 SGB XI vorliegt bzw. droht und eine akut aufgetretene Pflegesituation vorliegt.

Es ist daher erforderlich, dass der/die oben genannte Angehörige in der Zeit vom _____ bis _____ die bedarfsgerechte Versorgung des Patienten/der Patientin sicherstellt bzw. organisiert. Eine Freistellung von der Arbeit ist notwendig.

Datum und Unterschrift des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin