
Name, Vorname Pflegebedürftiger

Adresse

Versichertennummer

Antrag auf Erstattung der Kosten für eine Verhinderungspflege

In der Zeit vom _____ bis _____ konnte meine Pflegeperson

(Name, Vorname, Anschrift)

wegen Erholungsurlaub

aus sonstigen Gründen:

(bitte sonstige Gründe hier eintragen)

die Pflege an mir nicht durchführen (bei stunden- oder tageweiser Verhinderung bitte gesonderte Aufstellung beifügen).

Meine Pflegeperson war an der Pflege verhindert für

mindestens 8 Stunden täglich

_____ Stunden täglich (Stundenzahl bitte eintragen)

Die Ersatzpflege wurde durchgeführt

durch den Pflegedienst

(Name, Anschrift)

In diesem Fall bitte die quittierte Originalrechnung zur Erstattung einreichen

durch die Privatperson

(Name, Vorname, Anschrift)

Die Ersatzpflegekraft ist mit mir verwandt oder verschwägert

Ja Nein

Verwandtschaftsverhältnis _____

Besteht häusliche Gemeinschaft?

Ja Nein

Für die Pflege im oben genannten Zeitraum habe ich _____ EUR gezahlt

vollstationäre Ersatzpflege (z.B. in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung)

Ich beantrage die Erhöhung des Leistungsbetrages aus Mitteln der Kurzzeitpflege (Umwidmungsregelung).

(Name, Anschrift, Institutionskennzeichen)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Leistung Verhinderungspflege nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de

Ort und Datum

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen

Name, Vorname Pflegebedürftiger

Adresse

Versichertennummer

Erklärung der privaten Ersatzpflegekraft

1. Tageweise Verhinderungspflege (bitte Punkt 1 nur ausfüllen, wenn die Verhinderungspflege an ganzen Tagen erbracht wurde)

Ich bestätige hiermit, dass ich vom _____ bis _____ die Pflege durchgeführt habe und als Vergütung einen Betrag in Höhe von _____ EUR erhalten habe.

- Für die Hin- und Rückfahrt sind mir Fahrtkosten entstanden (nur angeben, wenn diese nicht bereits im Zahlbetrag enthalten sind und Belege bitte beifügen).
* Anzahl der gefahrenen Kilometer _____ km
- Ich habe anlässlich der Verhinderungspflege bei meinem Arbeitgeber unbezahlten Urlaub beantragt (bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über Nettoverdienstaufschlag beifügen).

2. Stundenweise Verhinderungspflege (bitte Punkt 2 nur ausfüllen, wenn die Verhinderungspflege stundenweise erbracht wurde)

Die stundenweise Verhinderungspflege wurde erbracht durch:

Name, Vorname der Ersatzpflegekraft	Verwandt/ verschwägert mit dem Pflegebedürftigen?	Verwandtschaftsverhältnis?
_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Datum	Anzahl Stunden	Datum	Anzahl Stunden	Datum	Anzahl Stunden

Für die Pflege habe ich eine Vergütung von _____ EUR pro Stunde erhalten.

Ich bestätige den Erhalt von insgesamt _____ EUR.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Leistung Verhinderungspflege nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de

3. Unterschrift der Ersatzpflegekraft (bitte in jedem Fall ausfüllen)

Ort und Datum _____ Unterschrift der Ersatzpflegekraft _____