

Antrag auf Verhinderungspflege und Abrechnungsbogen

I. Personalien der/des Versicherte/n			
Name, Vorname	Sind Sie telefonisch erreichbar ?	Geburtsdatum	Versichertennummer
<small>(Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig)</small>			
II. Personalien der Ersatzpflegeperson			
Name, Vorname, Anschrift		Geburtsdatum	Mit der/dem Versicherten verwandt oder verschwägert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar
III. Verhinderte Pflegeperson			
Name, Vorname:			
IV. Erklärung der/des Versicherte/n			
Die Verhinderungspflege wird von einem Pflegedienst im Zeitraum von _____ bis _____ erbracht <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → in diesem Falle entfällt das Ausfüllen der Punkte V. - VI.			
Name des Pflegedienstes _____			
Grund und Umfang der Verhinderung der Pflegeperson <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstiger Grund 8 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> sonstiger Grund weniger als 8 Stunden			
Ich erhalte bereits Verhinderungspflege von anderer Stelle <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar von: <input type="checkbox"/> der Unfallversicherung <input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt <input type="checkbox"/> dem Sozialamt <input type="checkbox"/> sonstiger Stelle			
Die Ersatzpflege konnte im entsprechenden Zeitraum von keiner im Haushalt lebenden Person erbracht werden.			
Im Falle der Erschöpfung der Ansprüche auf Verhinderungspflege beantrage ich die Übertragung der Ansprüche auf Kurzzeitpflege auf die Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Datum		Unterschrift der/des Versicherte/n	

V. Einsatzzeiten der Ersatzpflege / Tätigkeitsnachweis					Grund und Umfang der Verhinderung		
Datum	Uhrzeit von - bis	Anzahl der Stunden	Betrag pro Stunde	Gesamtbetrag	Urlaub	Sonstiger Grund / Umfang der Verhinderung unter 8 Stunden?	
			€	€	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			€	€	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			€	€	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			€	€	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			€	€	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
			€	€	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Ich bitte um Überweisung des Erstattungsbetrages auf folgendes Konto:

IBAN

BIC

Abweichender Kontoinhaber/in Name, Vorname:**VI. Empfangsbestätigung der Ersatzpflege**

Ich bestätige die oben aufgeführten Einsatzzeiten und die mit der/dem Versicherten vereinbarte Vergütung.

sowie folgende Auslagen: _____ € **Gesamtbetrag:** _____ €

Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson