

Knappschaft
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

Bei Rückfragen /
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name der / des Versicherten

Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

Zutreffendes bitte ankreuzen X

Pflegeversicherung
Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - (SGB XI)

Hiermit beantrage ich die Erstattung von Kosten der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

Ort, Datum

Unterschrift der verhinderten Pflegeperson*

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich nachstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

! Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege entnehmen Sie bitte der Anlage !

Bitte immer ausfüllen	
Welche Sie normalerweise betreuende Person ist/war verhindert? In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert? Aus welchen Gründen ist/war diese Person verhindert?	Name, Vorname vom _____ bis _____ Frau/Herr _____ <input type="checkbox"/> war ganztägig verhindert wegen <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Entbindung <input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> RehaMaßnahme <input type="checkbox"/> war stundenweise verhindert wegen <input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> sonstige private Gründe (z. B. Arztbesuche).
Bei einem Antrag auf stundenweise Verhinderungspflege bitte immer ausfüllen:	<input type="checkbox"/> Die üblicherweise pflegende Person war im o. g. Zeitraum an insgesamt ____ Tagen an der Durchführung der Pflege gehindert. <input type="checkbox"/> Dabei umfasst die Verhinderung weniger als 8 Stunden pro Tag.
Die häusliche Pflege wird seit mindestens sechs Monaten durch meine Pflegeperson erbracht.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich wünsche, dass für die Verhinderungspflege - sofern erforderlich und möglich - bis zu 806,00 Euro aus der Kurzzeitpflege verwendet werden (Erläuterungen siehe Anlage 1)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

A Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch eine private Pflegeperson (z. B. Verwandte, Schwägerte, Nachbarn, Freunde, oder Bekannte) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.

Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch? (Ersatzpflegeperson)

Name, Vorname

Adresse

In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegeperson zu Ihnen?

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ehegatte | <input type="checkbox"/> Schwager/Schwägerin | <input type="checkbox"/> Stiefenkelkind | <input type="checkbox"/> Freund/Bekannter |
| <input type="checkbox"/> Elternteil | <input type="checkbox"/> Enkel/Enkelin | <input type="checkbox"/> Stiefgroßeltern | <input type="checkbox"/> Sonstige Person |
| <input type="checkbox"/> Kind/Stiefkind | <input type="checkbox"/> Schwiegermutter/Schwiegervater | <input type="checkbox"/> Schwiegerenkel | |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Schwiegerkind | <input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten | |
| <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester | <input type="checkbox"/> Stiefeltern | <input type="checkbox"/> Nachbar | |

Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein
Höhe der gezahlten Vergütung	(Bitte untenstehende Quittung ausfüllen bzw. separate Nachweise beifügen) _____ Euro

Von der Ersatzpflegeperson bitte immer anzugeben:

Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt?	<input type="checkbox"/> ja Name, Vorname des Pflegebedürftigen _____ vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein
--	--

Quittung: (Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen, sofern keine separate Quittung eingereicht wird)

Für die Verhinderungspflege bei Frau/Herrn _____ für die Zeit vom _____ bis _____ habe ich insgesamt _____ Euro für pflegebedingte Aufwendungen erhalten.

Zudem mache ich folgende Aufwendungen geltend:


Fahrtkosten _____ Euro **Bitte Nachweise (Fahrbelege, Verdienstausschreibungen o. ä.) beifügen.**

Verdienstausschreibung _____ Euro

Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift der Ersatzpflegeperson _____

B Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben. *TK: 461422989*

Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?	 Bezeichnung des Leistungserbringers Ambulanter Pflegedienst zu Hause
	Adresse <small>Zehn und Bräuner GbR Jahnstraße 53, 62943 Weißwasser Telefon +49 3576 21 97 92 Fax +49 3576 21 98 67</small>
Höhe der gezahlten Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)	_____ Euro
Soll der Erstattungsbetrag direkt an den Leistungserbringer gezahlt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

C Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.

In welcher Einrichtung wird/wurde während der Zeit der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durchgeführt?	Bezeichnung der Einrichtung _____ Adresse _____
Höhe der pflegebedingten Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)	_____ Euro
Soll der Erstattungsbetrag direkt an die Einrichtung gezahlt werden?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anlagen