

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Ihr Vor- und Nachname
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort

Telefon: Ihre Telefonnummer
Fax: Ihre Faxnummer
E-Mail: Ihre E-Mail-Adresse

Name der Pflegekasse
Straße/Hausnummer
Postleitzahl/Ort

Ort, den

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI
Mitgliedsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Pflegeperson war/ist vom bis wegen Erholungsurlaub/Krankheit/aus anderem Grund (*zutreffendes eintragen*) verhindert. Ich beantrage deshalb Leistungen nach § 39 SGB XI. Die Ersatzpflege wird/wurde von »Name, Vorname, Anschrift der Ersatzkraft« geleistet.

1. Wenn die Ersatzpflege von einer erwerbsmäßig tätigen Person durchgeführt wurde:

Die Ersatzkraft ist eine erwerbsmäßig tätige Person. Gezahlt worden sind:

je Tag€/je Woche€

(*Zutreffendes eintragen*)

Insgesamt:€

2. Wenn die Ersatzpflege nicht von einer erwerbsmäßig tätigen Person durchgeführt wurde:

Die Ersatzkraft ist keine erwerbsmäßig tätige Person. Zusätzliche Aufwendungen sind in folgender Höhe entstanden:

Fahrtkosten, Verdienstausschlag, sonstige Kosten. Nachweise sind dem Schreiben beigelegt.

3. Die Ersatzpflege ist in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung geleistet worden:

Die Ersatzpflege ist in einem Heim geleistet worden: »Name und Anschrift des Heimes/der vergleichbaren Einrichtung«. Die pflegebedingten Aufwendungen betragen:€

Die Rechnung ist dem Schreiben beigelegt.

Bitte überweisen Sie den mir zustehenden Betrag auf das Konto bei der Bank (BLZ:.....)

Mit freundlichen Grüßen

.....
(Unterschrift des Versicherten)