Einträge löschen

Die Continentale

Antrag auf Kostenerstattung einer Verhinderungspflege

Name, Vorname der Pflegeperson (verhinderte Pflegeperson)

Name der pflegebedürftigen Person

Versicherungsnummer

Grund der Verhinderung:

☐ Erholungsurlaub ☐ Krankheit

☐ sonstige Gründe

☐ **Verhinderungspflege in der Zeit:** vom bis

☐ **Verhinderungspflege an folgenden Tagen:**

☐ **Stundenweise Verhinderung der Pflegeperson (weniger als 8 Stunden/Tag)**
An folgenden Tagen

Bei Verwandten / Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft:

Verwandtschaftsverhältnis:

Eine Kostenerstattung wird beantragt, weil

☐ **Fahrtkosten entstanden sind**

☐ mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis, z. B. Fahrkarte, erforderlich)

☐ mit dem Privat-PKW

Anschrift Ersatzpflegekraft:

Anzahl der Fahrten:

Kilometer pro Fahrt:

☐ **ein Verdienstausfall entstanden ist** (Bescheinigung des Arbeitgebers über den **Nettoverdienst** erforderlich)

Name der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum, Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Bei sonstigen, privaten Ersatzpflegekräften:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn für geleistete Verhinderungspflege

einen Gesamtbetrag in Höhe von EUR erhalten zu haben.

Ich bestätige hiermit, dass ich mit dem/der Pflegebedürftigen nicht verwandt und nicht verschwägert bin und nicht in häuslicher Gemeinschaft mit ihm/ihr lebe.

Name der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum, Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst:

Bitte Rechnung(en) beifügen.

Verhinderungspflege durch eine stationäre Pflegeeinrichtung:

Bitte Rechnung(en) beifügen.

Bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson (unter 8 Stunden/Tag):

Wurden Sie an den angegebenen Tagen von Ihrer Pflegeperson noch teilweise gepflegt? ☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

■ Original für Versicherer ■ 1. Ausfertigung für Vertriebspartner ■ 2. Ausfertigung für Antragsteller