

## Antrag auf Kostenerstattung einer Verhinderungspflege

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

Versicherungsnummer

### Angaben zur verhinderten Person (Pflegeperson)

Name, Vorname

### 1. Ich beantrage

1. stundenweise

Verhinderungspflege an folgenden Tagen

Für den Zeitraum vom  
bis

Erläuterung: Wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen **weniger als acht Stunden verhindert** ist. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson an diesen Tag ebenfalls Pflegeleistungen erbracht hat.

2. tageweise

Verhinderungspflege an folgenden Tagen

Für den Zeitraum vom  
bis

Erläuterung: Wenn die Pflegeperson für einen zusammenhängenden Zeitraum **oder mehr als acht Stunden verhindert** ist.

### 2. Grund der Verhinderung

Erholungsurlaub

Krankheit

sonstige Gründe

### 3. Die Verhinderungspflege wird durchgeführt von:

#### 3.1 Bei sonstigen, privaten Ersatzpflegekräften

Name der Ersatzpflegekraft

Ich bestätige hiermit, von Herrn / Frau

für geleistete Verhinderungspflege

einen Gesamtbeitrag von

EUR erhalten zu haben.

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

Ort, Datum

Unterschrift Ersatzpflegekraft



Versicherungsnummer

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

#### Name der Ersatzpflegekraft

Verwandtschaftsverhältnis

Verwandte bis zum zweiten Grad: Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern und Geschwister.

Verschwägte bis zum zweiten Grad: Schwiegerkinder (Schwiegersohn, Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Schwiegereltern, Schwager/Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefkinder, Stiefgroßeltern, Stiefeltern, Stiefenkelkind (Enkelkinder des Ehegatten).

#### 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:

eine Entschädigung in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR erhalten.

**ein Verdienstausschlag entstanden ist** (Bescheinigung des Arbeitgebers über den **Nettoverdienstausschlag** erforderlich)

Ort, Datum

Unterschrift Ersatzpflegekraft

### 3.3 Bei gewerblicher Ersatzpflege

#### Verhinderungspflege durch einen Pflegedienst:

Bitte Rechnung(en) beifügen.

#### Verhinderungspflege durch eine stationäre Pflegeeinrichtung:

Bitte Rechnung(en) beifügen.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Um Ressourcen zu schonen, versenden wir keine Leistungszusagen.

