

Anlage „Verhinderungspflege“

zum Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit

PK-/Personalnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Pflegebedürftige Person (Bitte gesonderte Anlage je pflegebedürftiger Person verwenden)

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Angaben zur verhinderten Pflegeperson ¹⁾

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grund der Verhinderung

Erholungsurlaub

Krankheit

Sonstiges

Gründe

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zeitraum der Verhinderung

von

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Art der Verhinderung

ganztägige Verhinderung

stundenweise Verhinderung (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert)

3. Angaben zur Ersatzpflege

Privatperson, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebt oder bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte Kostenerstattung unter Punkt 4 bestätigen

Verwandschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne-/töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/ Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

sonstige Privatperson (z.B. Bekannte oder Nachbarn)

Bitte Kostenerstattung unter Punkt 5 bestätigen.

Name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ambulanter Pflegedienst (Rechnungen sind beigefügt)

stationärer Heimaufenthalt (Rechnungen sind beigefügt)



4. Kostenerstattung bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft ²⁾

Für die geleistete Verhinderungspflege der unter 1. genannten pflegebedürftigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von:

Betrag (EUR)

(Auszufüllen wenn keine separate Quittung eingereicht wird)

Zudem mache ich folgende Aufwendungen geltend:

entstandene Fahrtkosten:

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

mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von nach

km insgesamt Anzahl km

entstandener Netto-Verdienstaussfall (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

5. Kostenerstattung bei sonstigen privaten Pflegepersonen (z.B. Bekannte oder Nachbarn)

Für die geleistete Verhinderungspflege der unter 1. genannten pflegebedürftigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von:

Betrag (EUR)

(Auszufüllen wenn keine separate Quittung eingereicht wird)

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der pflegebedürftigen Person nicht verwandt und nicht verschwägert bin und nicht in häuslicher Gemeinschaft lebe.

Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Fußnoten

1. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in der häuslichen Umgebung gepflegt hat.
2. Wird die Verhinderungspflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft lebt, sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 1,5-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Abs. 1 SGB XI beschränkt.
Unabhängig von der Beschränkung der Aufwendungen auf den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades, sind die Kosten nachzuweisen (z.B. Quittung, Rechnung, Kontoauszug).
Sind der Ersatzpflegeperson Aufwendungen für Fahrtkosten oder Verdienstaussfall entstanden, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine weitere Kostenerstattung im Rahmen der Leistungsbeträge erfolgen.

