IKK Südwest

Antrag auf Erstattung der Kosten für eine Verhinderungspflege

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: __ __ __ __ __ __ __ __

Versichertennummer: _____

1. Kostenaufstellung bei privater Ersatzpflegeperson

Datum	Anzahl Stunden	Täglicher Gesamtbetrag	Datum	Anzahl Stunden	Täglicher Gesamtbetrag

(ggf. Rückseite nutzen)

Für die Pflege habe ich mit der Ersatzpflegeperson eine Vergütung in Höhe von __ __ __ __ __ __ __ Euro pro Stunde vereinbart.

Höhe der Gesamtvergütung: __ __ __ __ __ __ __

2. Weitere Aufwendungen der Ersatzpflegeperson

Meiner Ersatzpflegeperson sind folgende zusätzliche Kosten entstanden:

Fahrkosten: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

☐ Öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von __ __ __ __ __ __ __ Euro (Bitte Beleg einreichen)

☐ privater PKW - Anzahl der Fahren: __ __

Gefahrene Km __ __ __ (0,20 Euro je Km) Bei Fahrten abweichend zwischen eigener Wohnung und Wohnort der zu pflegenden Person, bitte gesonderten Aufstellung beifügen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: __ __ __ __ __ __ __ __

Verdienstausfall:

☐ Ja (Bitte Nachweis beifügen)

☐ Nein

3. Wurde der Rechnungsbetrag bereits direkt an die Ersatzpflegekraft gezahlt?

☐ Ja, die Kosten wurden direkt an die Ersatzpflegekraft gezahlt. Bitte erstatten Sie mir die entstandenen Kosten auf die unten aufgeführte Bankverbindung.

☐ Nein, bitte überweisen Sie den Betrag direkt an die oben genannte Ersatzkraft an die unten aufgeführte Bankverbindung.

4. Angabe der Bankverbindung

Eine Überweisung wird auf folgende Bankverbindung erbeten:

IBAN __

BIC __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Kontoinhaber: _____

Hiermit wird die Richtigkeit der vorangegangen Angaben bestätigt:

Datum: __ __ __ __ __ __ __ __ Unterschrift: _____

Datenschutzhinweis:
Diese Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen der Pflegeversicherung führen. Die Angabe der Telefonnummer und eines Ansprechpartners ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

5. Bestätigung der Ersatzpflegeperson

Name der Ersatzpflegeperson: _____

Anschrift der Ersatzpflegeperson: _____

☐ Für meine geleistete Tätigkeit habe ich einen Betrag in Höhe von __ __ __ __ __ __ __ Euro erhalten.

☐ Für meine geleistete Tätigkeit habe ich keine Vergütung erhalten.

Hiermit wird die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person und abgerechneten Stunden bestätigt:

Datum: __ __ __ __ __ __ __ __

_____
Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Name der Ersatzpflegeperson in Druckschrift: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Datenschutzhinweis:
Diese Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen der Pflegeversicherung führen. Die Angabe der Telefonnummer und eines Ansprechpartners ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.