Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Aktenzeichen:

Abrechnung von Leistung der Verhinderungspflege

(Bitte erst nach Beendigung der Verhinderungspflege einreichen)

A. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Krankenversicherungsnummer

B. Angaben zur verhinderten Pflegeperson

1. _____ _____
   Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) Geburtsdatum

   _____
   Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

2. Die ausgefallene/verhinderte Pflegeperson pflegt die anspruchsberechtige Person
   ☐ nicht erwerbsmäßig ☐ erwerbsmäßig

C. Angaben zur Verhinderungspflege

1. Zeitraum der Verhinderung vom _____ bis _____
   Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

2. Die Pflegeperson ist verhindert:
   ☐ ganztags (mehr als 8 Stunden am Tag, z. B. bei Urlaub, Krankenhausaufenthalt)
   ☐ stundenweise (weniger als 8 Stunden am Tag, z. B. bei Arztbesuchen oder privaten Gründen)

3. Grund der Verhinderung (bitte unbedingt angeben)
   ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson
   ☐ Erkrankung der Pflegeperson
   ☐ Entlastung der Pflegeperson
   ☐ Sonstige Gründe (bitte erläutern): _____

D. Angaben zur privaten Ersatzkraft

1. _____ _____
   Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) Geburtsdatum

   _____
   Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

2. Besteht eine häusliche Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen? ☐ nein ☐ ja

3. Besteht eine Verwandtschaft oder Schwägerschaft zum Pflegebedürftigen?
   ☐ nein
   ☐ ja, und zwar _____
   Bitte geben Sie das Verwandtschaftsverhältnis an (z. B. Tochter, Schwiegertochter, Enkel, Onkel des Ehemannes)

Aktenzeichen:

E. Abrechnung der Ersatzkraft

1. ☐ Ganztägige Verhinderungspflege

Vom	Bis	Betrag in €
Gesamtbetrag in €:		

2. ☐ Stundenweise Verhinderungspflege

Datum	Stunden	Preis pro Stunde	Betrag in €
Gesamtbetrag in €:			

3. Es sind folgende weitere Kosten im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden (Fahrkosten, Verdienstausfall) Bitte entsprechende Nachweise beifügen

_____

_____

F. Bankverbindung

Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen?

Name und Sitz der Bank _____ BIC _____

IBAN

Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit Unterzeichner) _____

G. Erklärungen und Unterschriften

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen.
Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Datum _____ Unterschrift der Ersatzkraft _____

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

Datum _____ Unterschrift des Versicherten, Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters _____

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage unter www.svlfg.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.