Pflegekasse bei der
AOK Bayern
Die Gesundheitskasse

*QR-Code scannen und den Antrag direkt im **Onlineportal "Meine AOK"** stellen!*

Meine stundenweise Verhinderungspflege

Meine persönlichen Angaben

- Ich bin
  geboren am
- Meine Anschrift ist

- Meine KV-Nummer ist
- Meine Telefonnummer ist _____
- Meine E-Mail-Adresse ist _____

◄ Die Angabe Ihrer Telefonnummer ist freiwillig

Meine Ersatzkraft

heißt* _____

und ist geboren am* _____

Sie hat die Anschrift* _____

und ist telefonisch erreichbar unter _____

Ich bin mit dieser Privatperson verwandt oder verschwägert*

☐ ja, diese Person ist _____

☐ nein

◄ Bitte geben Sie die Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft an

Meine erbrachte Verhinderungspflege

möchte ich für folgende Tage abrechnen:*

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Betrag
Gesamtbetrag			€ 0,00

In diesem Gesamtbetrag sind enthalten

Verdienstausfall* ☐ nein ☐ ja

Fahrkosten* ☐ nein ☐ ja

☐ Fahrten mit dem öffentlichen Verkehrsmittel

☐ Fahrten mit dem eigenen PKW

von _____ bis _____

Anzahl der Fahrten einfach _____

Anzahl der Kilometer einfach _____

Die Erstattung soll auf folgendes Konto erfolgen*

Dieses Konto gehört* _____

◄ Wenn ja: Bitte fügen Sie eine Bestätigung des Arbeitgebers bei

◄ Bitte fügen Sie Ihre Quittungen bei

◄ Dies sind Fahrten, zu der Person, die gepflegt wurde

Bestätigung meiner Ersatzkraft*

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben zum erbrachten Leistungsumfang der Verhinderungspflege und der angegebenen Höhe meiner erhaltenen Vergütung den tatsächlich entstandenen Aufwendungen entsprechen. Mir ist bewusst, dass vorsätzliche Falschangaben zur Einleitung von Prüfungen durch meine Pflegekasse führen und diese möglicherweise sogar strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Datum _____ Unterschrift _____

Bestätigung meiner Angaben*

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben zum erhaltenen Leistungsumfang der Verhinderungspflege und der angegebenen Höhe meiner gezahlten Vergütung den tatsächlich entstandenen Aufwendungen entsprechen. Mir ist bewusst, dass vorsätzliche Falschangaben zur Einleitung von Prüfungen durch meine Pflegekasse führen und diese möglicherweise sogar strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zur Prüfung des Anspruchs auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nicht entschieden werden. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister (z. B. IT-Dienstleister) sein. Die nicht mit „*“ gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Krankenversicherung. Ihr Einverständnis zur Nutzung können Sie ohne nachteilige Folgen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ausführliche Angaben zum Umfang der Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in der Datenschutzerklärung, die im Internet unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte sowie durch die AOK-Mitarbeitenden bereitgehalten wird.

Bitte zurück an:

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse
Service-Center
92400 Amberg

Bei Rückfragen geben Sie bitte an:

So einfach geht's: Adressblatt zur Rücksendung und Fragebogen in einen Umschlag - schon ist alles auf dem Weg zu uns.

Sie sind bei der AOK Bayern versichert und möchten die Unterlagen digital einreichen?
Dann geht's noch schneller: QR-Code auf Fragebogen scannen, Formular hochladen, fertig.

Absender: