

Abrechnung der Verhinderungspflege

Deutsche Post 
ANTWORT

Versichertennummer des Antragstellers

Abrechnung der Aufwendungen für die Ersatzpflegeperson (Bitte nach Beendigung der Verhinderungspflege zur Erstattung einreichen)

Meine Pflegeperson war **weniger** als 8 Stunden pro Tag an der Pflege verhindert, z. B. Arztbesuch

Im nachfolgenden Zeitraum wurde die Verhinderungspflege an Tagen durchgeführt:

Vom	Bis	Euro

Meine Pflegeperson war **mindestens** 8 Stunden pro Tag an der Pflege verhindert

Grund: Urlaub sonstige Gründe (z. B. Krankheit, Reha)

Vom*	Bis *	Euro

* Bitte immer nur zusammenhängende Tage der Verhinderungspflege als einen Zeitraum angeben.

Weitere Angaben zur Verhinderungspflege

Welche Pflegeperson war verhindert?

Name

Vorname der bisherigen Pflegeperson

Wer hat die Ersatzpflege erbracht?

Name der Person

Vorname der Person

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Leben Sie mit der Ersatzpflegeperson zusammen?

Nein

Ja

Sind Sie mit der Ersatzpflegeperson bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert*
(* z.B. Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Stiefkinder, Schwieger-
eltern, Schwiegertöchter/-söhne, Eheleute von Geschwistern, Großeltern von Eheleuten)

Nein

Ja

Nur ausfüllen, wenn die Ersatzpflegeperson mit Ihnen bis zum 2. Grad verwandt/verschwägert ist
oder mit Ihnen in einem Haushalt lebt und zusätzliche Kosten entstanden sind.

Fahrkosten mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Bitte Belege beilegen)

Fahrkosten mit dem Privat-PKW

Kilometer gesamt x 0,20 Euro = Euro

Verdienstausfall (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beilegen)

Bestätigung der Ersatzpflegeperson

- Von Ihrer Ersatzpflegeperson auszufüllen -

Ich bestätige hiermit, dass ich für die Verhinderungspflege im Zeitraum

vom bis

den Betrag in Höhe von , Euro erhalten habe.

Hiermit bestätige ich, dass alle gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bewusst, dass ich mich mit Falschangaben nach § 263 Strafgesetzbuch des Sozialleistungsbetruges strafbar mache.

Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist. Auch ist mir bekannt, dass die Pflegekasse dazu berechtigt ist, eine entsprechende Kontrollmeldung an das zuständige Finanzamt zu übermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Abrechnung der Verhinderungspflege

Wurde der Rechnungsbetrag bereits direkt an die Ersatzpflegeperson gezahlt?

Ja. Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag an mich.

Nein. Bitte überweisen Sie den Betrag direkt an die Ersatzpflegeperson.

Kontoinhaber

Geldinstitut

Gültig ab

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)