

Abrechnung der Verhinderungspflege

Deutsche Post 
ANTWORT

Versichertennummer des Antragstellers

SBK
80227 München

Persönliche Angaben der Ersatzpflegeperson:

Name, Vorname der Ersatzpflegeperson _____ Geburtsdatum _____ vereinbarter Stunden-/Tageslohn _____ €

Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl _____ Ort _____

E-Mail* _____ Telefonnummer* _____

Ist die Pflegeperson mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert?

Nein Ja _____
Verwandtschaftsgrad/Beziehung*

* **Verwandte bis zum zweiten Grad sind** Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. **Verschwägte bis zum zweiten Grad sind** Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Stiefkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Bankverbindung der Ersatzperson

Kontoinhaber _____

Geldinstitut _____ Gültig ab _____

IBAN _____

BIC _____

Abrechnung der Aufwendungen für die Ersatzpflegeperson

Tag	von	bis	Stunden	Betrag in Euro
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
			Gesamt	€

Bitte überweisen Sie den Betrag an den Pflegebedürftigen. Dieser hat den Gesamtbetrag bereits der Ersatzpflegeperson übergeben.

Ich, _____, bin damit einverstanden, dass die Gesamtsumme der Verhinderungspflege direkt an die oben genannte Ersatzpflegeperson überwiesen wird.

Mir ist bekannt, dass die Pflegekasse meine Angaben überprüfen kann.

Hier haben Sie Platz für zusätzliche Anmerkungen:

Damit wir Ihren Antrag auf Verhinderungspflege bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Die Daten sind für die Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach §§ 39, 94 Abs. 1 SGB XI zu erheben. Mehr zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter [sbk.org/datenschutz](https://www.sbk.org/datenschutz) oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

*Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der Durchführung der Versicherung verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Verarbeitung der Daten einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org oder gegenüber Ihrem persönlichen Kundenberater widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson