

Abrechnung der Verhinderungspflege

zurück an:

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

.....
Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

.....
Geburtsdatum

Persönliche Angaben der Ersatzpflegeperson

Name, Vorname der Ersatzpflegeperson

Telefon*

Straße, Hausnummer

E-Mail*

Postleitzahl, Ort

..... €

.....
Geburtsdatum

Vereinbarter Stunden- bzw. Tageslohn

* Die Angaben sind freiwillig und werden zum Zweck der optimalen Betreuung und Beratung sowie Information über Angebote der SBK erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihre Daten werden selbstverständlich geschützt und vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich hiermit einverstanden. Das Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an widerruf@sbk.org widerrufen.

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

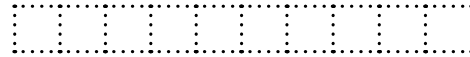
Geldinstitut

IBAN

.....

BIC

.....



Versichertennummer

Abrechnung der Aufwendungen für die Ersatzpflegeperson

Datum	von (Uhrzeit)	bis (Uhrzeit)	Stunden pro Tag gesamt	Betrag in Euro
			Gesamt	

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

Ich, _____
Name, Vorname

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.

Ort, Datum

Unterschrift Pflegebedürftiger/Bevollmächtigter

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson