Audi BKK

Antrag auf Verhinderungspflege

_____ , geb. am _____ KVNR: _____
Name, Vorname des Pflegebedürftigen Geburtsdatum

Hiermit beantrage ich Leistungen der Verhinderungspflege für die Zeit vom _____ bis _____ , weil meine Pflegeperson leider verhindert ist.

_____
Name, Vorname der Pflegeperson

_____ _____
Anschrift der Pflegeperson Telefonnummer der Pflegeperson

Grund der Verhinderung:

☐ Urlaub ☐ Krankheit ☐ Sonstiges (z. B. Arztbesuch): _____

Ich werde seit mindestens 6 Monaten gepflegt: ☐ nein ☐ ja

Hierbei handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege (Meine Pflegeperson ist in dem genannten Zeitraum weniger als acht Stunden täglich abwesend): ☐ nein ☐ ja

Die Verhinderungspflege wird durchgeführt:

☐ von einem Pflegedienst ☐ in einer Pflegeeinrichtung ☐ von einer selbst beschafften Ersatzpflegekraft

_____
Name, Vorname der Pflegeperson, des Pflegedienstes, der Pflegeeinrichtung

_____ _____
Anschrift Telefonnummer

☐ Ich erkläre mich einverstanden, Mittel in Höhe von max. 806,00 Euro der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen, falls der Höchstanspruch in Höhe von 1612,00 Euro nicht ausreicht.

Ich bin mit der selbst beschafften Ersatzpflegekraft verwandt oder verschwägert

☐ nein ☐ ja, in folgender Weise: _____

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft: ☐ nein ☐ ja

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Pflegebedürftigen/Betreuers

Datenschutzhinweis gem. § 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch, X. Buch (SGB X): Zur Prüfung Ihres Leistungsanspruchs benötigen wir auf des § 94 i.V.m. § 39 SGB XI von Ihnen einige wichtige Informationen. Wir bitten Sie deshalb, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns den Fragebogen möglichst umgehend zurück zu senden. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 SGB I ausdrücklich vorgeschrieben ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheit. Bitte bedenken Sie, daß wir Ihnen, soweit Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Stand: April 2017

Download