Anlage „Verhinderungspflege“

zum Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Beihilfenummer

1. Pflegebedürftige Person (Bitte gesonderte Anlage je pflegebedürftiger Person verwenden)

Name

Vorname

Namenszusatz

Geburtsdatum

2. Angaben zur verhinderten Pflegeperson

Name

Vorname

Grund der Verhinderung

☐ Erholungsurlaub ☐ Krankheit ☐ Sonstiges

Gründe bei Sonstiges

Zeitraum der Verhinderung

von

bis

Art der Verhinderung

☐ ganztägige Verhinderung

☐ stundenweise Verhinderung (die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden täglich verhindert)

3. Angaben zur Ersatzpflege

☐ Privatperson, die mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft lebt oder bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist

Name

Vorname

Bitte Kostenerstattung unter Punkt 4 bestätigen.

Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

Verschwägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegersöhne-/töchter, Stief-/Schwiegereltern, Schwieger-/Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

☐ sonstige Privatperson (z. B. Bekannte oder Nachbarn)

Bitte Kostenerstattung unter Punkt 5 bestätigen.

Name

Vorname

☐ ambulanter Pflegedienst (Rechnungen sind beigefügt)

☐ stationärer Heimaufenthalt (Rechnungen sind beigefügt)

4. Kostenerstattung bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft [1)]

☐ Für die geleistete Verhinderungspflege der unter 1. genannten pflegebedürtigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von:

Betrag (EUR)

				,		
				,		

(Auszufüllen, wenn keine separate Quittung eingereicht wird)

☐ Zudem mache ich folgende Aufwendungen geltend:

☐ **entstandene Fahrtkosten:**

☐ mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis erforderlich, z. B. Fahrkarte)

☐ mit dem Privat-PKW

Fahrt(en) von _____ nach _____

km insgesamt Anzahl km _____

☐ **entstandener Netto-Verdienstausfall** (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Datum

		.			.			
		.			.			

_____

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

5. Kostenerstattung bei sonstigen privaten Pflegepersonen (z. B. Bekannte oder Nachbarn)

☐ Für die geleistete Verhinderungspflege der unter 1. genannten pflegebedürftigen Person habe ich einen Gesamtbetrag erhalten in Höhe von:

Betrag (EUR)

				,		
				,		

(Auszufüllen, wenn keine separate Quittung eingereicht wird)

Hiermit bestätige ich, dass ich mit der pflegebedürftigen Person nicht verwandt und nicht verschwägert bin und nicht in häuslicher Gemeinschaft lebe.

Datum

		.			.			
		.			.			

_____

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Fußnoten

1) Wird die Verhinderungspflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft lebt, sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den 2-fachen Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades nach § 37 Absatz 1 SGB XI beschränkt.

Unabhängig von der Beschränkung der Aufwendungen auf den Betrag des Pflegegeldes des festgestellten Pflegegrades, sind die Kosten nachzuweisen (z. B. Quittung, Rechnung, Kontoauszug).

Sind der Ersatzpflegeperson Aufwendungen für Fahrkosten oder Verdienstausfall entstanden, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine weitere Kostenerstattung im Rahmen der Leistungsbeträge erfolgen.