Antrag auf Verhinderungspflege

Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

Versichertennummer

Telefonnummer

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

IKK classic
04063 Leipzig

E-Mail info@ikk-classic.de
Fax 0800 800 4551

1. Beantragter Zeitraum:

Zeitraum vom bis

2. Grund der Verhinderungspflege: (Bitte nur eine Möglichkeit auswählen!)

- ☐ Krankheit der Pflegeperson (tageweise)
- ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson (tageweise)
- ☐ Entlastung/Verhinderung der Pflegeperson (weniger als 8 Stunden täglich)
- ☐ Entlastung/Verhinderung der Pflegeperson (täglich 8 Stunden oder mehr)

Wurde der/die Pflegebedürftige vor der Verhinderung der Pflegeperson bereits 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt oder betreut?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

3. Erhöhung des Zuschusses zu Lasten der Kurzzeitpflege

Sie haben die Möglichkeit die Verhinderungspflege in der Höhe von 1.612 Euro um bis zu 806 Euro zu Lasten der Kurzzeitpflege aufzustocken. Der Übertrag wird bei der Kurzzeitpflege in Abzug gebracht.

- ☐ Ja, ich wünsche eine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der Kurzzeitpflege
- ☐ Nein, ich wünsche keine Erhöhung meines Zuschusses zu Lasten der Kurzzeitpflege

4. Die Verhinderungspflege erfolgt durch:

eine Privatperson

(Name, Anschrift und Telefonnummer der Ersatzpflegeperson)

(Geburtsdatum der Ersatzpflegeperson)

(KV-Nummer und Krankenkasse der Ersatzpflegeperson*)

Die Ersatzkraft ist mein/meine

- ☐ (Schwieger-/Stief-) Kind oder Enkelkind
- ☐ Schwager/Schwägerin
- ☐ (Schwieger-/Stief-) Vater oder Mutter
- ☐ Bruder/Schwester
- ☐ (Schwieger-/Stief-) Großvater oder Großmutter
- ☐ Die Ersatzpflegekraft ist nicht mit mir verwandt oder verschwägert.
  Sie steht in folgendem Verhältnis zu mir:

Die Ersatzkraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft

- ☐ Ja
- ☐ Nein

einen Pflegedienst

(Name, Anschrift und Telefonnummer des Pflegedienstes)

Datenschutzhinweis:
Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 und 28a SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei Leistungsansprüchen nach §§ 36 - 44 SGB XI) führen. Die Angabe der mit * gekennzeichneten Daten ist freiwillig, der Nutzung dieser Daten können Sie jederzeit bei der Pflegekasse der IKK classic für die Zukunft widersprechen. Die Verarbeitung der Sozialdaten erfolgt im Rahmen der § 67b ff SGB X. Weitere Informationen dazu finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

Ort	Datum	Unterschrift Pflegebedürftiger bzw. Betreuer*	Telefonnummer*

*freiwillige Angabe (Unterschrift kann bei Übermittlung per E-Mail entfallen)