

Urschriftlich zurück

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 //
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

Pflegeversicherung Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

Hiermit beantrage ich die Erstattung von Kosten der Verhinderungspflege.

 Ort, Datum

 Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten *

 Ort, Datum

 Unterschrift der verhinderten Pflegeperson *

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich nachstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

! Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege entnehmen Sie bitte der Anlage !

Bitte immer ausfüllen																																									
Welche Sie normalerweise betreuende Person ist/war verhindert? In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert? Aus welchen Gründen ist/war diese Person verhindert?	Name, Vorname _____ Vom <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Bis <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <input type="checkbox"/> gantztägig <input type="checkbox"/> stundenweise <input type="checkbox"/> Die Verhinderungspflege erfolgte in einer stationären Einrichtung <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> sonstige Gründe																																								



Bei einem Antrag auf stundenweise Verhinderungspflege bitte immer ausfüllen:	<input type="checkbox"/> Die üblicherweise pflegende Person war im o.g. Zeitraum an insgesamt ____ Tagen an der Durchführung der Pflege gehindert. <input type="checkbox"/> Dabei umfasst die Verhinderung weniger als 8 Stunden pro Tag.
Die häusliche Pflege wird seit mindestens sechs Monaten durch meine Pflegeperson erbracht.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich wünsche, dass für die Verhinderungspflege - sofern erforderlich und möglich - bis zu 843,00 Euro aus der Kurzzeitpflege verwendet werden. (Erläuterungen siehe Anlage)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

A Bitte nur ausfüllen, wenn Sie für die Verhinderungspflege eine private Pflegeperson (Verwandte, Schwägerte, Nachbarn, Freunde oder Bekannte) in Anspruch genommen haben.

Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch? (Ersatzpflegeperson)	_____								
	Name, Vorname								

	Adresse								
In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegeperson zu Ihnen?	<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Elternteil (des Ehegatten) / Stiefelternteil <input type="checkbox"/> Kind / Stiefkind / Schwiegerkind <input type="checkbox"/> Großeltern (des Ehegatten) / Stiefgroßeltern <input type="checkbox"/> Bruder / Schwester (des Ehegatten) <input type="checkbox"/> Enkelkind / Stiefenkelkind / Schwiegerenkel <input type="checkbox"/> Nachbar / Freund / Bekannte / sonstige Person								
Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein								
Höhe der gezahlten Vergütung	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								Euro Bitte untenstehende Quittung ausfüllen oder separate Nachweise beifügen

Von der Ersatzpflegeperson bitte immer anzugeben:

Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt?	<input type="checkbox"/> ja _____	
	Name, Vorname des Pflegebedürftigen	
	vom _____ bis _____	
	<input type="checkbox"/> nein	



Quittung: Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen, sofern keine separate Quittung eingereicht wird

Für die Verhinderungspflege habe ich für die Zeit vom _____ bis _____ insgesamt _____ Euro für pflegebedingte Aufwendungen erhalten.

Zudem mache ich folgende Aufwendungen geltend:

Fahrkosten _____ Euro

Bitte Nachweise (Fahrbelege, Verdienstausschüttungsbescheinigungen o.ä.) beifügen

Verdienstausschüttung _____ Euro

Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegeperson

B Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.

Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?

<input type="text"/> Name des Leistungserbringers	
<input type="text"/> Straße	<input type="text"/> Hausnummer
<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort

Höhe der gezahlten Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)

<input type="text"/>	Euro
----------------------	------

Soll der Erstattungsbetrag direkt an den Leistungserbringer gezahlt werden?

ja
 nein

C Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.

In welcher Einrichtung wird/wurde die Verhinderungspflege durchgeführt?

<input type="text"/> Name der Einrichtung	
<input type="text"/> Straße	<input type="text"/> Hausnummer
<input type="text"/> PLZ	<input type="text"/> Ort

Höhe der **pflegebedingten** Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)

<input type="text"/>	Euro
----------------------	------

Soll der Erstattungsbetrag direkt an die Einrichtung gezahlt werden?

ja
 nein



┌

┐

└

┘

Information zu Ihrem Antrag auf Verhinderungspflege

Wenn Ihre Pflegeperson verreist, erkrankt oder aus anderen Gründen ausfällt, haben Sie Anspruch auf Verhinderungspflege.

Voraussetzung ist, dass Sie zuvor mindestens sechs Monate in der Häuslichkeit gepflegt worden sind und mindestens der Pflegegrad 2 festgestellt wurde.

1.) Verhinderungspflege in der häuslichen Umgebung

Wird die Verhinderungspflege durch eine Ersatzpflegeperson erbracht, die mit Ihnen bis zum **2. Grade** verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen im gleichen Haushalt lebt, steht Ihnen ein Betrag in Höhe des Pflegegeldes des bei Ihnen vorliegenden Pflegegrades für sechs Wochen zur Verfügung.

Wird die Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als sechs Wochen erbracht oder hat Ihre Ersatzpflegeperson im laufenden Jahr bereits einen anderen Anspruchsberechtigten im Rahmen der Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als einer Woche versorgt, ist Erwerbsmäßigkeit anzunehmen.

Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte oder Verschwägerte (ab dem 3. Grade) oder durch Nachbarn, Freunde oder Bekannte erbracht, ist ebenfalls generell von **erwerbsmäßiger Pflege** auszugehen. Dies gilt auch, wenn ein ambulanter Pflegedienst die Verhinderungspflege übernimmt.

Im Rahmen der erwerbsmäßigen Verhinderungspflege erstatten wir die pflegebedingten Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.685,00 Euro für sechs Wochen im Kalenderjahr.

Hinweis:

Falls Ihrer Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege weitere notwendige Aufwendungen entstanden sind (z. B. Verdienstaufschlag oder Fahrkosten), können diese auf Nachweis bis zum entsprechenden Höchstbetrag erstattet werden.

Bitte beachten Sie, wir können nur nachgewiesene Kosten erstatten. Bei einer Verhinderungspflege durch private Pflegepersonen können Sie die Quittung im Antragsformular verwenden. Bei einer Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst können Sie uns die Rechnung des Pflegedienstes einreichen.

2.) Verhinderungspflege in einer Einrichtung

Erfolgt die Verhinderungspflege in einer Einrichtung wie z.B. Schule, Internat oder einem Wohnheim für behinderte Menschen durchgeführt wird, übernehmen wir die nachgewiesenen pflegebedingten Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.685,00 Euro für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr. Als Kostennachweis können Sie die Rechnung der Einrichtung einreichen.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (z. B. Einzelzimmerzuschlag, Telefongebühren usw.) sind von Ihnen selbst zu bezahlen.

3.) Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes

Während einer Verhinderungspflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt, sofern zuvor ein Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand.

4.) Stundenweise Verhinderungspflege

Eine stundenweise Verhinderungspflege liegt vor, wenn Ihre Pflegeperson **weniger als acht Stunden am Tag** an der Durchführung der Pflege gehindert ist, z. B. aufgrund von Arztbesuchen oder sonstigen privaten Gründen abwesend ist.

Eine Anrechnung erfolgt lediglich auf den Leistungsbetrag, jedoch nicht auf den Gesamtanspruch von 6 Wochen. Auch wird das Pflegegeld an diesen Tagen ungekürzt weitergezahlt.

5.) Verwendung nicht in Anspruch genommener Mittel der Kurzzeitpflege

Reicht der Höchstbetrag für die Verhinderungspflege nicht aus, können Sie den Leistungsbetrag um bis zu 843,00 Euro aus der Kurzzeitpflege aufstocken. Dies ist möglich, wenn noch ein entsprechender Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht. Machen Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, vermindert sich Ihr verbleibender Anspruch auf Kurzzeitpflege entsprechend.

6.) Wie wirkt sich ein Beihilfe- oder Heilfürsorgeanspruch auf die Leistungsbeträge aus?

Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, reduzieren sich die vorgenannten Leistungsbeträge gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI auf die Hälfte. Die andere Hälfte beantragen Sie bitte bei Ihrer Beihilfefestsetzungsstelle.