

Antrag auf Verhinderungspflege



Dieses Dokument wird maschinell ausgelesen. Bitte nutzen Sie nur die vorgesehenen Felder und schreiben Sie in BLOCKSCHRIFT.

Angaben der pflegebedürftigen Person

Vorname

Name

Straße Hausnr.

Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Versichertennummer

Telefonnummer

Pflegeperson, die an der Pflege verhindert ist

Vorname

Name

Wird die häusliche Pflege seit mindestens sechs Monaten erbracht? ja nein

Ihre Pflegeperson ist abwesend

stundenweise: Ihre Pflegeperson ist kurzzeitig verhindert (z. B. Friseurtermin, Arztbesuch) und wird für diese Stunden von einer Ersatzpflegeperson vertreten.

Grund: Entlastung sonstige private Gründe

tageweise: Ihre Pflegeperson ist ganztägig verhindert und wird für diese Tage von einer Ersatzpflegeperson vertreten.

Grund: Urlaub Krankheit sonstige private Gründe

Für folgende Zeiträume:

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zur privaten Ersatzkraft

private Ersatzpflegekraft

Vorname

Name

Die Ersatzpflegekraft ist mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert bis zum zweiten Grad*?

(*Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Stiefkinder, Stiefenkel, Schwiegertöchter/-söhne, Schwiegereltern, Eheleute von Geschwistern, Großeltern von Eheleuten, Stiefeltern, Stiefschwiegereltern, Stiefgroßeltern, Schwiegerenkel)

ja

nein

Angaben zum Pflegedienst bzw. zur Pflegeeinrichtung

Pflegedienst bzw. Pflegeeinrichtung

Name

Straße

Hausnr.

Postleitzahl

Ort

Sonstige Angaben

Ist der Aufenthalt in der Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Ferienfreizeit?

ja

nein

Für die Ferienfreizeit wird Eingliederungshilfe gewährt?

ja

nein

(Kopie des Bescheides liegt bei)

Wichtig für Sie

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, kann die BKK·VBU die übertragbaren Ansprüche aus der Kurzzeitpflege (maximal 806 Euro) zur Zahlung der Rechnung unbürokratisch, ohne weitere Antragstellung vornehmen. Die Kosten werden gegen Vorlage der Zahlungsnachweise abgerechnet. Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

X

Datum

Unterschrift der bzw. des Pflegebedürftigen / der Betreuerin bzw. des Betreuers / der bzw. des Bevollmächtigten / der gesetzlichen Vertretung

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Verhinderungspflege bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei dem Leistungsanspruch nach § 39 SGB XI führen.

Bitte senden an: Pflegekasse der mkk - meine krankenkasse, 10857 Berlin