

MUSTERANTRAG / BEGLEITSCHREIBEN

Verhinderungspflege

Kassenneutrale Vorlage zur Vorbereitung und Dokumentation

Wichtiger Hinweis

Dies ist kein offizielles Formular einer Pflegekasse. Nutzen Sie für die Einreichung möglichst das aktuelle Formular bzw. den Online-Antrag Ihrer Pflegekasse. Diese Vorlage kann als Begleitschreiben oder Vorbereitungshilfe dienen.

1. Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Versichertennummer: _____

Pflegegrad: _____

Verhinderungspflege kommt grundsätzlich ab Pflegegrad 2 in Betracht.

2. Regelmäßige private Pflegeperson

Name, Vorname: _____

Verhältnis zur pflegebedürftigen Person: _____

- ☐ Urlaub
- ☐ Krankheit
- ☐ Wichtiger Termin / sonstige Verhinderung

Falls sonstiger Grund, kurze Angabe: _____

3. Zeitraum der Verhinderung

- ☐ Stundenweise Ersatzpflege
- ☐ Tageweise Ersatzpflege

Zeitraum / Datum: _____

Bei stundenweiser Nutzung: von _____

bis _____

4. Ersatzpflegeperson / Leistungserbringer

Name, Vorname / Anbieter: _____

Anschrift: _____

Telefon / E-Mail (optional): _____

- ☐ Nicht verwandt / nicht im selben Haushalt
- ☐ Verwandt oder verschwägert
- ☐ Lebt mit der pflegebedürftigen Person im selben Haushalt

Verwandtschaftsverhältnis, falls zutreffend: _____

5. Angaben zu den entstandenen Kosten

Tragen Sie nur tatsächlich entstandene und nachvollziehbare Aufwendungen ein. Welche Kosten anerkannt werden, entscheidet die zuständige Pflegekasse nach den gesetzlichen Vorgaben und dem Einzelfall.

Vergütung / Rechnung für Ersatzpflege	_____ €
Fahrtkosten	_____ €
Nachweisbarer Verdienstausschlag	_____ €
Sonstige belegbare Aufwendungen	_____ €
Gesamtsumme	_____ €

6. Bankverbindung für eine mögliche Erstattung

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

BIC (falls erforderlich): _____

7. Anlagen / Nachweise

- ☐ Rechnung / Quittung
- ☐ Zahlungsnachweis
- ☐ Stunden- oder Tagesaufstellung
- ☐ Nachweis Fahrtkosten
- ☐ Nachweis Verdienstausschlag
- ☐ Sonstige Unterlagen: _____

8. Freitext / Begleitschreiben

Hiermit bitte ich um Prüfung der Verhinderungspflege für den oben genannten Zeitraum und - soweit die Voraussetzungen erfüllt sind - um Erstattung der nachgewiesenen Aufwendungen. Die beigegefügte Angaben und Unterlagen entsprechen nach bestem Wissen den tatsächlichen Verhältnissen.

9. Ort, Datum und Unterschrift

Ort, Datum: _____

Unterschrift pflegebedürftige Person / bevollmächtigte Person: _____

Bitte beachten: Diese Vorlage ist kein offizielles Kassenformular und keine Rechtsberatung. Bitte prüfen Sie vor Einreichung die aktuellen Vorgaben Ihrer Pflegekasse.