

Bitte tragen Sie hier die Anschrift Ihrer Pflegekasse ein

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

Geburtsdatum

Antrag auf Verhinderungspflege

Ich beantrage für die Zeit vom 01.01.20 bis 31.12.20 **Leistungen der Verhinderungspflege**, weil meine Pflegeperson

Name/Anschrift/Telefonnummer*

wegen Urlaub Krankheit Sonstigem verhindert ist.

Hierbei handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege nein ja
(Meine Pflegeperson ist in dem genannten Zeitraum stundenweise, täglich weniger als acht Stunden, abwesend)

Ich werde seit mindestens 6 Monaten gepflegt nein ja

Die Pflege wird in der genannten Zeit durchgeführt

in Deutschland im Ausland (Land: _____)

Care Companion GmbH

als Ferienreise

Ich bin mit der selbst beschafften Ersatzpflegekraft verwandt oder verschwägert

nein ja, in folgender Weise: _____

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft nein ja

Vorname, Name: _____

Versichertennummer: _____

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, sollen die zur Verfügung stehenden Ansprüche aus der Kurzzeitpflege übertragen werden.

nein ja

Bei einer eventuellen Überzahlung von Pflegegeld durch die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege stimme ich einer Verrechnung mit zukünftigen Pflegeleistungen meiner Pflegekasse zu.



Datum und Unterschrift des/der Versicherten/Bevollmächtigten/
Betreuers/Betreuerin/gesetzlichen Vertreters

Die Daten brauchen wir, damit wir den Antrag bearbeiten können (§ 94 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in Verbindung mit §§ 60 ff. SGB I).

Hinweis: Der Antrag sollte möglichst vor Beginn der Verhinderungspflege der Pflegekasse vorliegen.