

## Beleg auf Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatperson(en)

Bitte diese Seite nach Beendigung der Maßnahme einreichen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Versicherten

\_\_\_\_\_  
KV-Nummer/Geburtsdatum

Zeitraum der Verhinderungspflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

- Sofern der Höchstbetrag von 1.612 EUR für längstens 6 Wochen je Kalenderjahr überschritten wird, soll die Übertragung aus dem Leistungsanspruch der Kurzzeitpflege von max. 806 EUR erfolgen, falls dieser Anspruch noch nicht ausgeschöpft ist.

### Nachweis der entstandenen Aufwendungen

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ für geleistete Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR erhalten zu haben.

### Nur bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft auszufüllen:

- Fahrtkosten sind entstanden**
- mit einem öffentlichen Verkehrsmittel (Nachweis der Höhe erforderlich)
  - mit dem Privat-PKW (wirtschaftlichste Fahrtroute)  
Fahrt(en) von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ km/insgesamt: \_\_\_\_\_
- Netto-Verdienstaufschlag ist entstanden** (Bescheinigung des Arbeitgebers erforderlich)

Die Richtigkeit vorstehender Angaben wird hiermit bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Ersatzpflegeperson

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des Bevollmächtigten oder des gesetzlich bestellten Betreuers

#### Hinweis zum Datenschutz:

Die Erhebung der Daten beruht auf § 94 SGB XI i. V. mit §§ 4, 28 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I, § 50 SGB XI verpflichtet.