……

……

……

……

……

Adresse der Pflegekasse

Eingangstempel

Abrechnung zusätzlicher Entlastungsleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe nach § 45 b SGB XI

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße

Versicherungsnummer

Telefonnummer

Erklärung der/des Versicherten

In der Zeit von __.__.____ bis __.__.____ wurde ich stundenweise betreut.

Die Betreuung in der vorgenannten Zeit hat an insgesamt ..... Stunden stattgefunden.

Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von …….. EUR* auf mein Bankkonto.

Name des Geldinstitutes

IBAN

BIC

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuer

Erklärung der/des Betreuenden (Nachbarschaftshelfer)

Name, Vorname

Anschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten“ in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den vorgenannten Betrag* erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuenden/Nachbarschaftshelfer

Hinweis zum Datenschutz:
Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Abrechnung von Pflegeleistungen nach § 45 b SGBXI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen nach § 45 b SGB XI führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse.

* Für Leistungen, welche entgegen den Regelungen der „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten“ erbracht wurden, besteht kein Zahlungsanspruch. Geleistete Zahlungen können in diesem Zusammenhang zurückgefordert werden.

PF17008-09/2017