Adresse der Pflegekasse

.....

.....

.....

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 Nachbarschaftshelferin bzw. des Nachbarschaftshelfers

Name, Vorname

Anschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der „Sächsischen Pflegeunterstützungsverordnung“ in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den vorgenannten Betrag* erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Nachbarschaftshelferin bzw. des Nachbarschaftshelfers

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 „Sächsischen Pflegeunterstützungsverordnung“ erbracht wurden, besteht kein Zahlungsanspruch. Geleistete Zahlungen können in diesem Zusammenhang zurückgefordert werden.

PF02008-07/2019