

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/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.