

Abrechnung der Unterstützungsleistung nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI

Bitte das Formular direkt an die Pflegekasse/das private
Versicherungsunternehmen schicken.

Angebot zur Unterstützung im Alltag als ehrenamtliche Einzelhelferin/als ehrenamtlicher Einzelhelfer gemäß § 45a SGB XI

Angaben zur versicherten Person/ zur Leistungsempfängerin bzw. zum Leistungsempfänger

Name, Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Angaben zur ehrenamtlichen Einzelhelferin/zum ehrenamtlichen Einzelhelfer

Name, Vorname:

Anschrift:

Eine Kopie des ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucks „Bestätigung des zukünftigen Einsatzes als ehrenamtliche Einzelhelferin oder als ehrenamtlicher Einzelhelfer“ ist beigelegt.

Angaben zur Unterstützungsleistung der ehrenamtlichen Einzelhelferin/des ehrenamtlichen Einzelhelfers

Erklärung der Leistungsempfängerin/des Leistungsempfängers

Im Abrechnungszeitraum von _____ bis _____

wurde ich durch die oben angegebene Person durch niederschwellige Unterstützungsleistungen unterstützt.

Ich bitte um die Erstattung der Aufwendungen und Auslagen in Höhe von _____ (Gesamtbetrag in Euro)

Bitte das Formular direkt an die Pflegekasse/das private Versicherungsunternehmen schicken.

Erklärung und Einverständnis der Einzelhelferin/des Einzelhelfers

Hiermit bestätige ich, dass ich die Unterstützung in der o.g. Zeit durchgeführt habe und mir dafür die oben aufgeführten Kosten/Aufwendungen entstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Einzelhelferin/Einzelhelfer

Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Gesamtbetrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaberin/
Kontoinhaber

IBAN:

BIC:

Geldinstitut:

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person,
Leistungsempfängerin/Leistungsempfänger
ggfs. gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher
Betreuer/ Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Hinweis: Diese Seite bitte nur ausfüllen, wenn die Zahlung direkt an die Einzelhelferin oder den Einzelhelfer erfolgen soll. Wenn die Zahlung direkt an Sie als pflegebedürftige Person erfolgen soll, bitte diese Seite nicht ausfüllen.

Abtretungserklärung zum Anspruch auf Erstattung

gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI an die/den Einzelhelferin/Einzelhelfer (gem. § 45a SGB XI)
(wenn Sie über eine Abtretungserklärung abrechnen, füllen Sie diese bitte jedes Mal erneut aus.
Privatversicherte wenden sich bei gewünschter Direktzahlung direkt an ihr Versicherungsunternehmen)

Name, Vorname
der/des Versicherten

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Pflegekasse/ mein privates Versicherungsunternehmen

den Entlastungsbetrag (gem. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI) als Erstattungsleistung für das Angebot zur Unterstützung im Alltag (gem. § 45a SGB XI) direkt mit meiner ehrenamtlichen Einzelhelferin/meinem ehrenamtlichen Einzelhelfer (s. o.) abrechnet.

Ort, Datum

Unterschrift versicherte Person,
ggfs. gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher
Betreuer/ Bevollmächtigte, Bevollmächtigter

Annahme der Abtretung durch die ehrenamtliche Einzelhelferin/den ehrenamtlichen Einzelhelfer

Ich nehme die Abtretung an.

Ort, Datum

Unterschrift der Einzelhelferin/des Einzelhelfers