

Leistungen der Pflegeversicherung - Antrag auf Verhinderungspflege

1 Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	PLZ Ort
Versichertennummer	<input type="checkbox"/> Die Pflege wird seit mindestens 6 Monaten in der Häuslichkeit erbracht (ausgehend von dem Beginndatum unter Punkt 3).

2 Angaben zur Pflegeperson

Meine Pflegeperson ist an der Pflege gehindert.

Name	Vorname
Straße Hausnummer	PLZ Ort

Diese Pflegetätigkeit wird im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses* durchgeführt? Ja Nein

*Hierbei ist es nicht relevant, ob der Pflegebedürftige oder eine Vermittlungsfirma der Arbeitgeber der Pflegeperson ist.

3 Grund der Verhinderung

Die unter 2 genannte Person ist an der Pflege (bitte nur einen Grund ankreuzen)

stundenweise (weniger als 8 Stunden täglich) im Jahr
verhindert wegen Entlastung der Pflegeperson oder sonstiger Grund

tageweise* im Zeitraum vom bis
verhindert wegen Erholungsurlaub Krankheit oder sonstiger Grund

* Unabhängig von den tatsächlichen Pflegestunden.

4 Übertragung aus der Kurzzeitpflege

Zusätzlich möchte ich die Hälfte meines Anspruchs aus der Kurzzeitpflege (maximal 806,00 €) in die Verhinderungspflege übertragen, sofern dieser Anspruch noch nicht ausgeschöpft ist.

5 Angaben zur Verhinderungspflege

Die Verhinderungspflege soll im häuslichen Bereich durchgeführt werden von (bitte nur eine Option ankreuzen):

Einer Privatperson

Name	Vorname
Straße Hausnummer	PLZ Ort
Sind Sie mit der Ersatzkraft verwandt/verschwägert*? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Verhältnis zum Pflegebedürftigen (z. B. Tochter)

* Bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwiegerenkel, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Besteht eine häusliche Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen? Nein Ja

Einem Pflegedienst

Name des Pflegedienstes	Anschrift des Pflegedienstes
-------------------------	------------------------------

Die Verhinderungspflege soll durchgeführt werden in einer sonstigen Einrichtung:

Name der Einrichtung	Anschrift der Einrichtung
----------------------	---------------------------

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten / Betreuers / gesetzl. Vertreters

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:

Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Fax 0521 92395-4150 · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Pflegekasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld