

.....

 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.