

- Antrag auf Verhinderungspflege**
 Antrag auf Verhinderungspflege und Übertragung aus Kurzzeitpflege

Name, Vorname des/der pflegebedürftigen Versicherten Geburtsdatum KV-Nummer

Anschrift Telefonnummer

! Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege entnehmen Sie bitte aus dem Merkblatt !

Bitte immer ausfüllen	
<p>Welche Sie normalerweise pflegende Person ist/war verhindert?</p> <p>In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert?</p> <p>Aus welchen Gründen ist/war diese Person verhindert?</p>	<p>Name, Vorname _____</p> <p>vom _____ bis _____</p> <p>Frau/Herr _____</p> <p><input type="checkbox"/> ist ganztägig (mind. 8 Stunden) verhindert wegen</p> <p><input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> Rehamaßnahme</p> <p><input type="checkbox"/> ist stundenweise verhindert wegen</p> <p><input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> sonstige private Gründe (z.B. Arztbesuche)</p>
<p>Bei einem Antrag auf <u>stundenweise</u> Verhinderungspflege bitte immer ausfüllen:</p>	<p><input type="checkbox"/> Die üblicherweise pflegende Person ist/war im o.g. Zeitraum an insgesamt _____ Tagen an der Durchführung der Pflege gehindert.</p> <p><input type="checkbox"/> Dabei umfasst/e die Verhinderung weniger als 8 Stunden pro Tag.</p>
<p>Die häusliche Pflege wird seit mindestens sechs Monaten durch meine Pflegeperson erbracht.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

A Bitte nur ausfüllen, wenn eine private Pflegeperson (z.B. Verwandte, Verschwägerte, Nachbarn, Freunde oder Bekannte) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.	
<p>Wer führt/e während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch? (Ersatzpflegekraft)</p>	<p>Name, Vorname _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> <p>Krankenkasse _____</p> <p>Telefonnummer _____</p>

Name, Vorname des/der pflegebedürftigen Versicherten Geburtsdatum KV-Nummer

In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegeperson zu Ihnen?	
<input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Kind/Stiefkind <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester	<input type="checkbox"/> Schwager/Schwägerin <input type="checkbox"/> Enkel/Enkelin <input type="checkbox"/> Schwiegermutter/Schwiegervater <input type="checkbox"/> Schwiegerkind <input type="checkbox"/> Stiefeltern
<input type="checkbox"/> Stiefenkelkind <input type="checkbox"/> Stiefgroßeltern <input type="checkbox"/> Schwiegerenkel <input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten <input type="checkbox"/> Nachbar	<input type="checkbox"/> Freund/Bekannter <input type="checkbox"/> Sonstige Person
Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Von der Ersatzpflegeperson bitte immer anzugeben:	
Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt?	<input type="checkbox"/> Ja <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Name, Vorname des Pflegebedürftigen Vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Nein

B Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Leistungserbringer (z.B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.	
Wer führt/e während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Bezeichnung des Leistungserbringers <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Adresse <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
Soll der Erstattungsbetrag direkt an den Leistungserbringer gezahlt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name, Vorname des/der pflegebedürftigen Versicherten

Geburtsdatum

KV-Nummer

C Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.	
---	--

In welcher Einrichtung wird/wurde während der Zeit der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durchgeführt?	
	Bezeichnung des Leistungserbringers

	Adresse
--	---------

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter bzw. Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift Ersatzpflegekraft

→ Bitte nutzen Sie zur Abrechnung das beiliegende Abrechnungsblatt.

Datenschutzhinweis:

Diese Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen der Pflegeversicherung führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Sie dient der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.

Merkblatt zur Verhinderungspflege

Dauer und Voraussetzungen	Ist eine Pflegeperson an der Pflege gehindert, hat der Pflegebedürftige für die Dauer von bis zu sechs Wochen (42 Tage) je Kalenderjahr Anspruch auf Verhinderungspflege in Höhe von 1.612,00 Euro. Voraussetzung ist, Sie werden vor der ersten Inanspruchnahme bereits seit mindestens sechs Monaten in häuslicher Umgebung gepflegt.
Aufstockung Kurzzeitpflege	Der Leistungsbetrag kann pro Kalenderjahr um bis zu 806,00 Euro auf insgesamt 2.418,00 Euro aus den Mitteln der Kurzzeitpflege aufgestockt werden, sofern diese noch nicht beansprucht wurde.
Pflegegeld	Erhalten Sie ein monatliches Pflegegeld, so wird für die Dauer der Verhinderungspflege das Pflegegeld hälftig weitergezahlt. Für den ersten und den letzten Tag besteht ein voller Anspruch auf Pflegegeld. Bei stundenweiser Verhinderungspflege erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes.
Stundenweise Verhinderungspflege	Für die Entlastung der Pflegeperson steht dem Pflegebedürftigen stundenweise Verhinderungspflege zur Verfügung. Diese liegt vor, wenn die Pflegeperson weniger als 8 Stunden täglich an der Pflege gehindert ist. Ausschlaggebend ist die Dauer der Abwesenheit der Pflegeperson und nicht der geplante Einsatz der Ersatzpflegeperson.
Tageweise Verhinderungspflege	Ist die Pflegeperson mehr als 8 Stunden am Tag abwesend, erfolgt eine Anrechnung sowohl auf den Höchstbetrag als auch auf die gesamte Anspruchsdauer.
Ersatzpflegeperson	Die Verhinderungspflege kann sowohl durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Privatperson (z. B. Nachbarin, Bekannte usw.) als auch durch einen zugelassenen Pflegedienst erfolgen
Ersatzpflege durch Familie	Erbringt ein Familienmitglied, das mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, die Verhinderungspflege, so sind die tatsächlichen Aufwendungen (z. B. Nettoverdienstaufschlag, Fahrkosten) nachzuweisen.
Leistungen anderer Träger	Sofern ein Anspruch auf Beihilfe besteht oder Pflegeleistungen von einem anderen Sozialleistungsträger (z.B. Unfallversicherung, Berufsgenossenschaft usw.) bezogen werden, informieren Sie uns bitte über die weiteren Ansprüche.

Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatpersonen

- Die Seite bitte erst nach Beendigung der Maßnahme einreichen -

Name, Vorname des/der pflegebedürftigen Versicherten Geburtsdatum KV-Nummer

Bestätigung der Ersatzpflegekraft zum Antrag auf Verhinderungspflege

Zeitraum der Verhinderungspflege:

Von:

bis:

Name und Anschrift der Ersatzpflegekraft:

Tel:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Berufstätig

Nein

Ja, Vollzeit

Ja, Teilzeit

Während der Ersatzpflege war ich beurlaubt

Nein

Ja, Tarifurlaub

Ja, unbezahlter Urlaub

Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen:

Nur bei Verwandten/Verschwägerten bis zum 2. Grad oder bei häuslicher Gemeinschaft auszufüllen:

Zusätzlich angefallene Kosten:

a) Fahrkosten Ja Nein

wenn ja: öffentliche Verkehrsmittel _____ € (bitte Belege einreichen)

eigener PKW Anzahl der Fahrten _____

Kilometer je Fahrt (Hin und zurück)

(0,20 € je Kilometer) _____

b) Verdienstaussfall

Ja (wenn ja, bitte beiliegende Bescheinigung ausfüllen lassen)

Nein

Eine Überweisung wird auf folgende Bankverbindung erbeten:

IBAN

BIC

Kontoinhaber

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzl. Betreuers/Bevollmächtigten

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben sowie der Stundenaufstellung wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw.
gesetzl. Betreuers/Bevollmächtigten

Unterschrift Ersatzpflegekraft

**Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege
durch Privatpersonen**

- Die Seite bitte erst nach Beendigung der Maßnahme einreichen -

Name, Vorname des/der pflegebedürftigen Versicherten

Geburtsdatum

KV-Nummer

Stundenaufstellung Verhinderungspflege

Datum	Uhrzeit von – bis	Anzahl der Std. pro Tag	Vergütung je Std./Tag	Vergütung insgesamt	Unterschrift Ersatzpflegekraft

Nachweis der entstandenen Aufwendungen:

Ich bestätige hiermit, von Frau/Herrn _____ für geleistete Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag in Höhe von _____ Euro erhalten zu haben.

Bitte fügen Sie die Zahlungsnachweise bei (z.B. Quittungen, Kontoauszug).

**Nur ausfüllen bei Verhinderungspflege durch
Verwandschaft/Schwägerschaft bis zum 2. Grad**

Leistungen der Pflegeversicherung für:

KVNR: PLZ:

Bescheinigung des Nettoverdienstauffalls für

Name, Vorname des Arbeitnehmers / der Arbeitnehmerin

Anschrift

- Der Arbeitnehmer hatte unbezahlten Urlaub
vom _____ bis _____ = Arbeitstage: _____
Nettoverdienstauffall in Höhe von _____€.

- Der Arbeitnehmer hatte an folgenden Tagen nur einen stundenweisen
Verdienstauffall:

Datum	ausgefallene Stunden	Nettoauffall

Datum Firmenstempel Unterschrift Arbeitgeber und
Telefonnummer Ansprechpartner