IKK Südwest

Absender

_____

_____

_____

Versichertennummer:

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

ANTWORT

Antrag auf Verhinderungspflege
Wichtige Hinweise entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt!

Bitte geben Sie für eventuelle Fragen eine Telefonnummer und einen Ansprechpartner an:

Name, Vorname: _____

Tel.-Nr.:

Zeitraum der Verhinderung

vom bis zum

Welche Sie normalerweise pflegende Person ist/war verhindert?

_____
Name, Vorname

Aus welchen Gründen ist/war diese Person verhindert?

☐ Urlaub ☐ Krankheit ☐ Sonstiges: _____

Es handelt sich um stundenweise Verhinderungspflege. (Meine bisherige Pflegeperson ist **weniger** als acht Stunden täglich abwesend)

☐ Nein ☐ Ja

Ich beantrage zusätzlich für die Erhöhung des Leistungsbetrages der Verhinderungspflege den Übertrag aus dem Budget der Kurzzeitpflege in Höhe von bis zu 806,00 Euro.

☐ Nein ☐ Ja

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: __ __ __ __ __ __ __ __

A Verhinderungspflege durch eine private Pflegeperson

Wer führt/e während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch? (Ersatzpflegekraft)

_____
Name, Vorname

_____
Adresse

Geburtsdatum __ __ __ __ __ __ __ __

Telefonnummer __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Sind Sie mit der Ersatzpflegeperson bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert?

☐ Nein ☐ Ja

Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Verwandte bis zum zweiten Grad sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

Verschwägerte bis zum zweiten Grad sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager/Schwägerin.

Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?

☐ Nein ☐ Ja

B Verhinderungspflege durch einen professionellen Leistungserbringer
(z. B. Pflegedienst, Pflegeheim)

Wer führt/e während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?

_____
Name des Leistungserbringers

_____
Adresse

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird hiermit bestätigt.

__ __ __ __ __ __ __ __ _____

Datum Unterschrift der/des Versicherter/Bevollmächtigten

_____
Unterschrift Ersatzpflegekraft

Bitte nutzen Sie zur Abrechnung den beiliegenden Beleg zur Kostenerstattung sowie die Stundenaufstellung.

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 und eines Ansprechpartners 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.

IKK Südwest

Merkblatt zur Verhinderungspflege

Verhinderungs-pflege	Ist eine Pflegeperson durch Krankheit, Urlaub oder Sonstiges vorübergehend an der Pflege gehindert, kann der Pflegebedürftige für diesen Zeitraum von einer privaten Ersatzpflegeperson (A), oder einem professionellen Leistungserbringer (B) gepflegt werden.
Dauer und Voraussetzungen	Anspruch auf Verhinderungspflege besteht für die Dauer von bis zu sechs Wochen (42 Tage) je Kalenderjahr in Höhe von 1.612,00 Euro. Voraussetzung ist, dass Sie vor der ersten Inanspruchnahme bereits seit mindestens sechs Monaten in häuslicher Umgebung gepflegt werden.
Übertrag Kurzzeitpflege	Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann um bis zu 806,00 Euro (50 % der Kurzzeitpflege) auf insgesamt 2.418,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Die Möglichkeit besteht, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen 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	Stundenweise Verhinderungspflege liegt vor, wenn die Pflegeperson weniger als acht Stunden täglich an der Pflege gehindert ist. Ausschlaggebend ist die Dauer der Abwesenheit der Pflegeperson und nicht der geplante Einsatz der Ersatzpflegeperson. Die stundenweise Verhinderungspflege kann zur Entlastung der Pflegeperson genutzt werden. Es erfolgt keine Anrechnung auf die Anspruchstage.
Tageweise Verhinderungspflege	Tageweise Verhinderungspflege liegt vor, wenn die Pflegeperson mehr als acht Stunden am Tag abwesend ist. Eine Anrechnung auf die Anspruchstage erfolgt.
Private Ersatzpflegeperson	Wird die Verhinderungspflege von einer Person erbracht, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, ist der Anspruch auf Verhinderungspflege auf die Höhe des 1,5-fachen Pflegegeldbetrages beschränkt. Tatsächliche Aufwendungen (z. B. Nettoverdienstausfall, Fahrkosten) können auf Nachweis in Höhe von bis zu 1.612,00 Euro erstattet werden.
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.

IKK Südwest

Absender

_____

_____

_____

Versichertennummer:

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

ANTWORT

Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatpersonen

- Bitte erst nach Beendigung der Maßnahme ausfüllen -

Bestätigung der Ersatzpflegekraft zum Antrag auf Verhinderungspflege

Zeitraum der Verhinderungspflege: vom

bis

Name und Anschrift der Ersatzpflegekraft

Eine Überweisung wird auf folgende Bankverbindung erbeten:

IBAN

BIC

Kontoinhaber Anschrift

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: __ __ . __ __ . __ __ __ __

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) Verdienstausfall ☐ Ja ☐ Nein
(wenn ja, bitte beiliegende Bescheinigung von Ihrem Arbeitgeber ausfüllen lassen)

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

_____	__ __ . __ __ . __ __ __ __	_____
Ort	Datum	Unterschrift der/des Versicherten/ Bevollmächtigten
		_____
		Unterschrift der Ersatzpflegekraft

IKK Südwest

Absender

_____

_____

_____

Versichertennummer:

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

ANTWORT

Beleg zur Kostenerstattung bei einer Verhinderungspflege durch Privatpersonen

- Bitte erst nach Beendigung der Maßnahme ausfüllen -

Stundenaufstellung Verhinderungspflege

Datum	Uhrzeit von - bis	Anzahl der Std. pro Tag	Vergütung je Std./Tag	Vergütung insgesamt	Unterschrift Ersatzkraft

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Datum	Uhrzeit von - bis	Anzahl der Std. pro Tag	Vergütung je Std./Tag	Vergütung insgesamt	Unterschrift Ersatzkraft

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).

IKK Südwest

Absender

_____

_____

_____

Versichertennummer:

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

ANTWORT

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

Bescheinigung des Nettoverdienstausfalls für

_____

Name, Vorname des Arbeitnehmers / Arbeitnehmerin

_____

Anschrift

☐ Der Arbeitnehmer hatte unbezahlten Urlaub

vom ____ bis ____ = ____ Arbeitstage

Nettoverdienstausfall in Höhe von ____ Euro.

☐ Der Arbeitnehmer hatte an folgenden Tagen nur einen stundenweisen Verdienstausfall:

Datum	ausgefallene Stunden	Nettoausfall

____ _____

Datum Firmenstempel, Unterschrift Arbeitgeber und Telefonnummer Ansprechpartner