IKK Südwest

Absender

Pflegekasse
IKK Südwest
66098 Saarbrücken

Versichertennummer:

ANTWORT

Antrag auf Umstellung der Leistungen der Pflegeversicherung

Telefonnummer/Ansprechpartner:
(Bitte geben Sie für eventuelle Fragen Telefonnummer und Ansprechpartner an.)

Ich beantrage (bitte ankreuzen)

☐ **Pflegesachleistungen ab dem**

Die Pflege wird durchgeführt von

Name des Pflegedienstes:

Anschrift des Pflegedienstes:

☐ **Pflegegeld ab dem**

Die Pflege wird durchgeführt von

Name(n) der Pflegeperson(en)

Anschrift(en) der Pflegeperson(en)

(weitere Pflegepersonen bitte auf seperatem Blatt angeben)

Das Pflegegeld bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Name, Vorname: _____

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

☐ **Kombinationsleistung ab dem** |_|_|_|_|_|_|_|_|

(Pflegesachleistung und anteiliges Pflegegeld)

Name des Pflegedienstes: _____

Anschrift des Pflegedienstes: _____

_____

_____

Name(n) der Pflegeperson(en) _____

Anschrift(en) der Pflegeperson(en) _____

_____

(weitere Pflegepersonen bitte auf seperatem Blatt angeben)

Das Pflegegeld bitte ich auf folgendes Konto zu überweisen:

Kontoinhaber: _____

IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ |_|_|_|_|_|_|_|_|

Stationäre Pflege ab dem

Name des Pflegeheimes: _____

Anschrift des Pflegeheimes: _____

_____

_____

☐ **Leistungen der Pflegeversicherung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe ab dem** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

_____

_____

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

☐ Ja (Bitte eine Kopie des Bescheides der Beihilfestelle beifügen.)

☐ Nein

_____ |_|_|_|_|_|_|_|_| _____

Ort Datum Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

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 dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.