



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) Verdienstaussfall  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



**Pflegekasse**  
IKK Südwest  
66098 Saarbrücken

**Absender**

---

---

---

Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ANTWORT**

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

- Bitte erst nach Beendigung der Maßnahme ausfüllen -

**Stundenaufstellung Verhinderungspflege**

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



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).**



**Pflegekasse**  
 IKK Südwest  
 66098 Saarbrücken

**Absender**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Versichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ANTWORT**

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

**Bescheinigung des Nettoverdienstauffalls für**

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Arbeitnehmers / Arbeitnehmerin

\_\_\_\_\_  
 Anschrift

Der Arbeitnehmer hatte unbezahlten Urlaub

vom 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 = 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Arbeitstage

Nettoverdienstauffall in Höhe von 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Euro.

Der Arbeitnehmer hatte an folgenden Tagen nur einen stundenweisen  
 Verdienstauffall:

Datum	ausgefallene Stunden	Nettoaufschlag

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Firmenstempel, Unterschrift Arbeitgeber und Telefonnummer Ansprechpartner

