



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

Ja  Nein

**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 der Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?

Ja  Nein

4.2. Die Ersatzpflege wurde durch einen Pflegedienst oder eine stationäre Einrichtung erbracht:

Name des Pflegedienstes oder der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift des Pflegedienstes oder der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben zur Verhinderungspflege für Zeiträume vor dem 01.07.2025:**

Ich beantrage die Übertragung des anteiligen Leistungsbudgets der Kurzzeitpflege auf die Leistungen der Verhinderungspflege (siehe beigefügtes Informationsblatt)

**5. Kostenaufstellung bei privater Ersatzpflegeperson**

Datum	Anzahl Stunden	Täglicher Gesamtbetrag	Datum	Anzahl Stunden	Täglicher Gesamtbetrag
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(ggf. Rückseite nutzen)

Für die Pflege habe ich mit der Ersatzpflegeperson eine Vergütung in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro pro Stunde vereinbart.

Höhe der Gesamtvergütung: \_\_\_\_\_

## 6. Weitere Aufwendungen der Ersatzpflegeperson

Meiner Ersatzpflegeperson sind folgende zusätzliche Kosten entstanden:

Fahrkosten:  Ja  Nein

**Wenn ja:**

Öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von  Euro (Bitte Beleg einreichen)

privater PKW - Anzahl der Fahrten:

Gefahrene Km  (0,20 Euro je Km) Bei Fahrten abweichend zwischen eigener Wohnung und Wohnort der zu pflegenden Person, bitte gesonderten Aufstellung beifügen.

**Verdienstausfall:**

Ja (Bitte Nachweis beifügen)

Nein

## 7. Wurde der Rechnungsbetrag bereits direkt an die Ersatzpflegekraft gezahlt?

Ja, die Kosten wurden direkt an die Ersatzpflegekraft gezahlt. Bitte erstatten Sie mir die entstandenen Kosten auf die unten aufgeführte Bankverbindung.

Nein, bitte überweisen Sie den Betrag direkt an die oben genannte Ersatzkraft an die unten aufgeführte Bankverbindung.

## 8. Angabe der Bankverbindung

Eine Überweisung wird auf folgende Bankverbindung erbeten:

IBAN

BIC

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

**Hiermit wird die Richtigkeit der vorangegangenen Angaben bestätigt:**

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 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](http://www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise).



**Pflegekasse**  
 IKK Südwest  
 66098 Saarbrücken

**Absender**

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

**Versichertennummer:**

\_\_\_\_\_

**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

# Verhinderungspflege

## Informationen für Pflegebedürftige und Angehörige

### Was ist Verhinderungspflege?

Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die reguläre Pflegeperson Urlaub macht, krank ist oder aus anderen Gründen verhindert ist.

### Wer hat Anspruch auf Verhinderungspflege?

Anspruch auf Verhinderungspflege besteht, wenn die pflegebedürftige Person mindestens Pflegegrad 2 hat und die Pflege zu Hause erfolgt.

### Leistungsumfang

Die Verhinderungspflege kann tage- und stundenweise in Anspruch genommen werden.

Die stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson tageweise weniger als acht Stunden abwesend ist. Die tageweise Verhinderungspflege wird angenommen, wenn die Pflegeperson acht Stunden und mehr pro Tag abwesend ist.

Die Dauer der Leistung beträgt bei tageweiser Verhinderungspflege höchstens acht Wochen (56 Tage). Die Höhe der Leistung beläuft sich auf maximal 3.539 Euro pro Jahr. Leistungen der Kurzzeitpflege werden ebenfalls auf dieses Budget angerechnet.

Für die Dauer der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld hälftig weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege erhalten Sie den vollen Betrag des Pflegegeldes.

### Leistungsumfang bis 30.06.2025

Die Verhinderungspflege kann für die Dauer von bis zu sechs Wochen (42 Tage) je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist dabei, dass die Pflege seit mindestens sechs Monaten in häuslicher Umgebung durchgeführt wurde. Der Leistungsbetrag der Verhinderungspflege kann zusätzlich um bisher nicht in Anspruch genommene Leistungen aus der Kurzzeitpflege erhöht werden. Die genauen Beträge können Sie der Tabelle entnehmen.

Leistungsbeträge bis 31.12.2024		Leistungsbeträge 01.01.2025 bis 30.06.2025	
Leistungsbetrag Verhinderungspflege	Möglicher Erhöhungsbetrag aus der Kurzzeitpflege	Leistungsbetrag Verhinderungspflege	Möglicher Erhöhungsbetrag aus der Kurzzeitpflege
1.612 Euro	806 Euro	1.685 Euro	843 Euro

### Stundenweise Verhinderungspflege

Ausschlaggebend für die Dauer der stundenweisen Verhinderungspflege ist die 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. Hierbei erfolgt eine Anrechnung auf die oben genannten Anspruchstage.

### **Besonderheiten bei der Pflege durch Angehörige**

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 2-fachen Pflegegeldbetrages (1,5-facher Betrag bis 30.06.2025) beschränkt.

Tatsächliche Aufwendungen (z. B. Nettoverdienstaufschlag, Fahrkosten) können auf Nachweis in Höhe von bis zu 3.539 Euro erstattet werden.

Die Leistungshöhe bis zum 30.06.2025 können Sie der vorangegangenen Tabelle entnehmen.

### **Ansprüche auf 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.

### **Gut zu wissen:**

Pflegebedürftige unter 25 Jahren mit Pflegegrad 4 oder 5 konnten bereits seit 01.01.2024 ein erhöhtes Budget von bis zu 3.386 € jährlich nutzen.