

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Pflegezentrum  
30125 Hannover

## **Erstattungsantrag für die Verhinderungspflege durch eine Ersatz-Pflegeperson (nach § 39 Sozialgesetzbuch Elftes Buch, SGB XI)**

Damit wir die Kosten für Ihre Verhinderungspflege korrekt abrechnen und erstatten können, brauchen wir einige Angaben. Bitte füllen Sie dafür diesen Erstattungsantrag aus und reichen Sie ihn bei uns ein.

 **Im beiliegenden Merkblatt erhalten Sie Tipps zum richtigen Ausfüllen. Bitte beachten Sie diese. So können wir Ihr Anliegen schneller bearbeiten.**

### **1. Meine Daten**

Name

Vorname

Krankenversicherungsnummer

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

### **2. Angaben zur Ersatz-Pflegeperson**

Weil meine reguläre Pflegeperson verhindert war, wurde ich ersatzweise gepflegt von:

Name meiner Ersatz-Pflegeperson

Vorname meiner Ersatz-Pflegeperson

**Hinweis zum Datenschutz:** Als Krankenkasse unterliegen wir dem Sozialgeheimnis und verarbeiten die hier eingetragenen Daten im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen (nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) in Verbindung mit § 94 SGB XI). Detaillierte Informationen finden Sie unter: [kkh.de/datenschutz](http://kkh.de/datenschutz)

Bitte informieren Sie Ihre Ersatz-Pflegeperson über die Verarbeitung ihrer Daten zum Zweck der Leistungsprüfung und -gewährung.

### 3. Angaben zur Art der Verhinderungspflege

Bitte tragen Sie ein, ob Sie die tage- oder stundenweise Verhinderungspflege erhalten haben.

stundenweise Verhinderungspflege

tageweise Verhinderungspflege

In diesen Tagen hat meine Ersatz-Pflegeperson meine Pflege übernommen:

Vom

bis zum

(Tag/Monat/Jahr)

Vom

bis zum

(Tag/Monat/Jahr)

Vom

bis zum

(Tag/Monat/Jahr)

In der Zeit war meine Ersatz-Pflegeperson an Tagen da.

### 4. Angaben zu Kosten und Aufwand für die Verhinderungspflege

Für die geleistete **Verhinderungspflege (inkl. Fahrkosten und Verdienstausfall)** hat  
meine Ersatz-Pflegeperson einen Gesamtbetrag von € erhalten.

Dieser Betrag teilt sich folgendermaßen auf (**nur auszufüllen, wenn Ihre Ersatzpflegeperson bis zum zweiten Grad mit Ihnen verwandt oder verschwägert ist**):

- **Pflegetätigkeiten:** €

- **Nettoverdienstausfall** in Höhe von €  
(bitte die Verdienstausfallbescheinigung beilegen)

- **Ausgaben für Fahrkosten:** €

*(Bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln bitte entsprechende Nachweise einreichen)*

- i** **Wir haben jederzeit das Recht, Kontoauszüge oder andere Nachweise anzufordern, die belegen, dass die Ersatz-Pflegeperson für die geleistete Verhinderungspflege die hier angegebene Bezahlung erhalten hat.**

### 5. Erklärung der Richtigkeit der Angaben

Ich versichere, dass meine hier gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.  
Ich bestätige, dass die Verhinderungspflege an den genannten Tagen und in dem dort angegebenen Umfang wirklich stattgefunden hat.

Ich bestätige außerdem, dass die oben genannte Vergütung den tatsächlichen Aufwendungen entspricht. Mir ist bekannt, dass Falschangaben in diesem Erstattungsantrag zu weiteren Prüfungen der KKH führen können (nach § 47a Sozialgesetzbuch Elftes Buch, und § 197a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch). Mir ist ebenfalls bewusst, dass es sich bei der Vergütung zur erbrachten Verhinderungspflege möglicherweise um steuerpflichtiges Einkommen handelt.

A horizontal rectangular box divided into seven equal segments, each containing a small square for handwriting a digit.

(Tag/Monat/Jahr)

A large rectangular box with a double orange border for a handwritten signature.

Unterschrift pflegebed. Person oder gesetzl. Vertretung/bevollmächt.

A horizontal rectangular box divided into seven equal segments, each containing a small square for handwriting a digit.

(Tag/Monat/Jahr)

A large rectangular box with a double orange border for a handwritten signature.

Unterschrift der Ersatzpflegekraft