

Merkblatt zum Erstattungsantrag für die Verhinderungspflege durch eine Ersatz-Pflegeperson

Wenn Sie Verhinderungspflege erhalten, können wir Ihnen Kosten erstatten. Bitte füllen Sie dafür unseren Erstattungsantrag aus.

 **Nur mit vollständigen und korrekten Angaben können wir Ihren Antrag bearbeiten. Beachten Sie daher bitte unsere Tipps zum Ausfüllen.**

Angaben zur Ersatz-Pflegeperson (Punkt 2 im Erstattungsantrag)

Tragen Sie hier ein, wer Ihre Pflege in der Zeit durchgeführt hat, in der Ihre reguläre Pflegeperson verhindert war.

Im Regelfall geben Sie dieselbe Person an, die Sie bereits in Ihrem Antrag auf Verhinderungspflege genannt haben. Falls sich die Ersatz-Pflegeperson geändert hat, tragen Sie die neuen Daten hier ein.

Angaben zur Art der Verhinderungspflege (Punkt 3 im Erstattungsantrag)

Machen Sie hier entweder Angaben zu 3a) **oder** zu 3b), bitte **nicht beide Bereiche** ausfüllen.

3a) **Tageweise** Verhinderungspflege

Hier tragen Sie nur etwas ein, wenn Ihre reguläre Pflegeperson für **ganze Tage durchgehend abwesend** war. Zum Beispiel weil sie im Urlaub war oder einige Tage stationär im Krankenhaus behandelt werden musste. Falls Sie hier etwas eintragen, bleibt 3b) leer.

3b) **Stundenweise** Verhinderungspflege

Hier tragen Sie etwas ein, wenn Ihre reguläre Pflegeperson lediglich zeitweise Ihre Pflege nicht übernehmen konnte. Zum Beispiel weil sie Arzttermine hatte oder Einkäufe erledigen musste. Falls Sie hier etwas eintragen, bleibt 3a) leer.

Angaben zu Kosten und Aufwand für die Verhinderungspflege (Punkt 4 im Erstattungsantrag)

Machen Sie hier entweder Angaben zu 4a) **oder** zu 4b), bitte **nicht beide Bereiche** ausfüllen.

4a) Ihre Ersatz-Pflegeperson ist **nicht** mit Ihnen **verwandt oder verschwägert** oder lebt **nicht** zusammen mit Ihnen **in einem Haushalt**:

Tragen Sie ein, welchen Betrag Sie Ihrer Ersatz-Pflegeperson insgesamt gezahlt haben. Darin enthalten sind auch Fahrkosten für private oder öffentliche Verkehrsmittel. Falls Sie hier etwas eintragen, bleibt 4b) leer.

4b) Ihre Ersatz-Pflegeperson ist mit Ihnen **verwandt oder verschwägert** oder lebt mit Ihnen zusammen **in einem Haushalt**:

Auch hier tragen Sie ein, welchen Betrag Sie Ihrer Ersatz-Pflegeperson inklusive Fahrkosten insgesamt gezahlt haben. Darüber hinaus geben Sie genau an, wie sich dieser Gesamtbetrag zusammensetzt. Falls Sie hier etwas eintragen, bleibt 4a) leer.

Erklärung zur Richtigkeit der Angaben (Punkt 5 im Erstattungsantrag)

Um Ihren Erstattungsantrag zu bearbeiten, brauchen wir hier eine Unterschrift. Wenn Sie nicht selbst unterschreiben, kann das auch eine von Ihnen bevollmächtigte Person oder Ihre gesetzliche Vertretung tun.



Wir haben jederzeit das Recht, Kontoauszüge oder andere Nachweise anzufordern, um zu prüfen, ob die angegebenen Zahlungen tatsächlich erfolgt sind.

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

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

- a) Die genannte Ersatz-Pflegeperson ist mit mir bis zum zweiten Grad **verwandt oder verschwägert**:

 Ja

- b) Die genannte Ersatz-Pflegeperson lebt **mit mir im selben Haushalt**:

 Ja

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](https://www.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 tages- oder stundenweise Verhinderungspflege erhalten haben. Füllen Sie nur **a) oder b)** aus, **nicht beide** Bereiche.

- a) Ich habe **tageweise Verhinderungspflege** erhalten.
An folgenden Tagen hat meine Ersatz-Pflegeperson meine Pflege **in vollem Umfang (z. B. für ganze Tage) übernommen**:

Vom bis zum (Tag/Monat/Jahr)

Vom bis zum (Tag/Monat/Jahr)

Vom bis zum (Tag/Monat/Jahr)

Vom bis zum (Tag/Monat/Jahr)

Vom bis zum (Tag/Monat/Jahr)

Vom bis zum (Tag/Monat/Jahr)

- b) Ich habe **stundenweise Verhinderungspflege** erhalten.
In diesem Zeitraum hat meine Ersatz-Pflegeperson meine **Pflege anteilig (z.B. stundenweise) übernommen**:

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 Erstattung müssen wir berücksichtigen, welche Verbindung zwischen Ihnen und Ihrer Ersatz-Pflegeperson besteht. Füllen Sie deshalb hier **a) oder b)** aus, **nicht beide** Bereiche.

- a) Meine unter Punkt 2 genannte Ersatz-Pflegeperson ist **nicht** mit mir **verwandt oder verschwägert** (bis zum 2. Grad) beziehungsweise lebt **nicht** im selben Haushalt mit mir.

Für die geleistete **Verhinderungspflege (inkl. Fahrkosten)** hat meine Ersatz-Pflegeperson

am (Tag/Monat/Jahr)

einen Gesamtbetrag von , € erhalten.

- b) Meine unter Punkt 2 genannte Ersatz-Pflegeperson **ist** mit mir **verwandt oder verschwägert** (bis zum 2. Grad) beziehungsweise lebt **im selben Haushalt** mit mir.


Für die geleistete **Verhinderungspflege (inkl. Fahrkosten)** hat meine Ersatz-Pflegeperson

am (Tag/Monat/Jahr)

einen Gesamtbetrag von € erhalten.

Dieser Betrag teilt sich folgendermaßen auf:

- **Pflegetätigkeiten:** €
- Ausgaben für **öffentliche Verkehrsmittel:** €
Fahrkarten oder andere Nachweise liegen bei: ja nein
- Ausgaben für Fahrten mit dem **Privat-Pkw** zwischen der Wohnung der Ersatz-Pflegeperson und dem Ort der Verhinderungspflege
Für jeden Pflegeeinsatz fielen km (Hin- und Rückfahrt) an.
- **Nettoverdienstaufschlag** in Höhe von €
Die Bestätigung des Arbeitgebers liegt bei: ja

 **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.

(Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift pflegebed. Person oder gesetzl. Vertretung/bevollmächt.

(Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift der Ersatzpflegekraft