

Deutsche Post 
ANTWORT

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Pflegekasse
30125 Hannover

Antrag auf Erstattung der Kosten bei Verhinderungspflege

**Versicherte
Person:**

Vorname

Nachname

Krankenversicherungsnummer

Da meine reguläre Pflegeperson für eine gewisse Zeit verhindert war, habe ich Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Bitte erstatten Sie mir die dadurch entstandenen Kosten.

Überweisen Sie den Betrag bitte auf folgendes Konto:

Konto von (Vorname Nachname)

Name der Bank

BIC

IBAN

- Sollten die Kosten für meine Verhinderungspflege den Betrag übersteigen, der mir jährlich zusteht (1.612 €), so möchte ich ungenutzte Beträge aus meinem Anspruch auf Kurzzeitpflege bis zur Höhe von 806 € umwidmen und für die Verhinderungspflege nutzen. Mir ist bewusst, dass sich dadurch mein jährlicher Anspruch auf Kurzzeitpflege entsprechend verringert.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Hinweis: Wir haben jederzeit das Recht, Kontoauszüge oder andere Nachweise anzufordern, die belegen, dass die Ersatzpflegekraft für die geleistete Verhinderungspflege von Ihnen die entsprechende Bezahlung erhalten hat.

Angaben der Ersatzpflegekraft zur Verhinderungspflege

Ersatzpflegekräfte leisten einen wichtigen Beitrag zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Für die korrekte Abrechnung und Entlohnung dieses Einsatzes brauchen wir einige Angaben. Bitte füllen Sie dieses Formular aus und reichen Sie es nach Beendigung Ihrer Tätigkeit bei uns ein.

Für diese pflegebedürftige Person habe ich Verhinderungspflege durchgeführt:	
Vorname Nachname	
Adresse	
Ich bin mit der oben genannten pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert bis zum zweiten Grad ¹ :	
ja nein	
Ich lebe mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft:	
ja nein	

Ich habe die Verhinderungspflege an folgenden Tagen und in folgendem Umfang durchgeführt:

Jahr	Monat	Tag	Stunden

Jahr	Monat	Tag	Stunden

Insgesamt habe ich an _____ Tagen (_____ Stunden insgesamt) Verhinderungspflege durchgeführt.

¹ Verwandte bis zum zweiten Grad: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister
 Verschwägte bis zum zweiten Grad: Schwiegersöhne/-töchter, Schwiegereltern, Schwiegerenkel, Stiefkinder, Stiefenkel, Ehegatten von Geschwistern

Kosten und Aufwendungen für meine Verhinderungspflege :	
Entlohnung meiner Pfl egetätigkeit (ohne Fahrtkosten)	
<input type="checkbox"/>	Für meine Tätigkeit im Rahmen der Verhinderungspflege habe ich _____ € / Stunde erhalten. Insgesamt habe ich _____ € am _____ erhalten ² .
Fahrtkosten	
<input type="checkbox"/>	Durch die Verhinderungspflege sind mir Fahrtkosten für öffentliche Verkehrsmittel in Höhe von _____ € entstanden. Die Nachweise dafür habe ich beigelegt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Für die An- und Abreise habe ich meinen privaten Pkw ³ benutzt: <input type="checkbox"/> an jedem Tag der Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> am ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege Die kürzeste Route zwischen meiner Wohnung und dem Ort der Verhinderungspflege ist _____ km lang (einfache Entfernung).
Insgesamt habe ich für meine Verhinderungspflege _____ € erhalten.	
Verdiensta usfall	
<input type="checkbox"/>	Mir ist ein Nettoverdiensta usfall in Höhe von _____ € entstanden. Die Bestätigung meines Arbeitgebers habe ich beigelegt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erklärung zur Richtigkeit meiner Angaben:

Ich versichere, dass die von mir gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich bestätige, dass ich die Verhinderungspflege an den in der Tabelle genannten Tagen und in dem dort angegebenen Umfang wirklich erbracht habe.

Ich bestätige, dass die oben genannte Vergütung meinen tatsächlichen Aufwendungen entspricht.

Ich weiß, dass Falschangaben in diesem Fragebogen zu weiteren Prüfungen der KKH nach § 197a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

² Die Vergütung als Ersatzpflegekraft kann steuer-/sozialversicherungspflichtig sein und den Anspruch auf die kostenfreie Familienversicherung unterbrechen. **Sie sind verpflichtet**, Finanzamt/Sozialversicherungsträger über Ihre Vergütung als Ersatzpflegekraft zu informieren, damit dort geprüft werden kann, ob sich eine Steuerpflicht oder Auswirkungen auf den Bezug von Sozialleistungen ergeben.

³ Die Wegstreckenentschädigung nach § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz beträgt 0,20 € pro Kilometer.