

Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Versicherungsnummer:

Antwort an:

Pronova BKK, 67058 Ludwigshafen

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege

Ich beantrage die Übernahme der Kosten, weil die bisher pflegende Person verhindert ist.

Name und Anschrift der verhinderten Pflegeperson:

Vorname, Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:

Angabe zur Art der Verhinderung:

- ganztägige** Verhinderungspflege für maximal 42 Tage (Abwesenheit Ihrer Pflegeperson an mindestens 8 Stunden täglich)

Dauer der Verhinderungspflege: . . bis . .

Grund der Verhinderungspflege:

- Urlaub der Pflegeperson Überforderung der Pflegeperson
 Krankheit der Pflegeperson Übergangszeit nach stationärem Aufenthalt

- stundenweise** Verhinderungspflege für das Kalenderjahr (Abwesenheit Ihrer Pflegeperson an weniger als 8 Stunden täglich)

Grund der Verhinderungspflege:

- Entlastung der Pflegeperson Private Gründe (z. B. Arztbesuche)

Versicherungsnummer:

Ersatzweise Sicherstellung der Pflege:

- durch einen ambulanten Pflegedienst oder in einer stationären Pflegeeinrichtung
- durch Verwandte ersten und zweiten Grades und Schwägerte
- durch Personen in häuslicher Gemeinschaft (gemeinsamer Haushalt)
- durch andere Personen oder durch Sonstige

Name und Anschrift der Ersatzpflege (Pflegeeinrichtung/-dienst/-person):

Name:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Geburtsdatum der Ersatzpflegeperson:

Beginn der häuslichen Pflege:

Die häusliche Pflege wird seit dem . . durchgeführt.

Bitte tragen Sie das Datum ein, seit dem Sie erstmalig im häuslichen Bereich gepflegt werden. Dieses Datum kann vor dem Beginn der Zuteilung Ihrer Pflegestufe liegen.

Wollen Sie den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöhen?

nein

ja Erhöhungsbetrag (maximal 806,00 €) _____

Bitte beachten Sie: Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird bei der Kurzzeitpflege angerechnet. Bei Verwandten ersten und zweiten Grades oder Schwägerten sowie in häuslicher Gemeinschaft lebender Ersatzpflegeperson kann dieser Betrag ab 01.01.2016 ebenfalls beansprucht werden, allerdings ist dieser zweckgebunden nur zur Erstattung eines nachgewiesenen Verdienstaufalles oder entstandenen Fahrtkosten einzusetzen.

--	--

Datum

Unterschrift Pflegebedürftige*r oder Bevollmächtigte*r / Betreuer*in

--	--

Datum

Unterschrift der verhinderten Pflegeperson

(*) Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht wurden. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.