

An
R+V Betriebskrankenkasse
 Team Pflege
 65215 Wiesbaden

Datum: _____



Antrag und Kostennachweis der Verhinderungspflege durch eine Privatperson

Bitte ergänzen Sie die folgenden Angaben für eine bessere Lesbarkeit in **Druckbuchstaben**. Bitte reichen Sie den Antrag **nach der durchgeführten Verhinderungspflege** bei uns ein.

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	

Angaben zu der ausfallenden Pflegeperson und der Verhinderung

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	

Grund der Verhinderung

- ☐ Erholungsurlaub der Pflegeperson
 ☐ Krankheit der Pflegeperson
 ☐ Andere Gründe

Zeitraum der Verhinderung

Die Pflegeperson ist vom ____ ____ ____ bis ____ ____ ____ verhindert.

Ganztägige oder stundenweise Verhinderung (bitte den nachgehenden Hinweis beachten):

Ausschlaggebend ist die Stundenanzahl, für welche die Pflegeperson nicht zur Verfügung steht.
 Es ist dabei nicht relevant, wie viel Stunden die Ersatzkraft an den genannten Tagen tatsächlich pflegt.

- ☐ Abwesenheit der Pflegeperson von mindestens 8 Stunden am Tag bspw. bei Urlaub oder Krankheit
 ☐ Abwesenheit der Pflegeperson von weniger als 8 Stunden am Tag bspw. bei einem Arztbesuch, Einkauf o. ä.

Angaben zur privaten Ersatzpflegekraft – Aushelfende Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
PLZ/Ort			
Telefon-/Mobilnummer			

Die Person führt die Pflege erwerbsmäßig durch:

☐ ja ☐ nein

Die Person lebt mit mir in einem gemeinsamen Haushalt:

☐ ja ☐ nein

Die Person ist mit mir bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert:

☐ ja ☐ nein

Bei „ja“: Das genaue Verhältnis zur Person ist (bspw. Tochter, Cousine):

Die Person hat in den letzten zwölf Monaten bereits Verhinderungspflege bei weiteren Personen für mindestens eine Woche durchgeführt.*

☐ ja ☐ nein

* Bitte fügen Sie einen entsprechenden Beleg bei.

Erklärung der privaten Ersatzpflegekraft – Aushelfende Person

Hiermit bestätige ich, dass die zuvor und im nächsten Abschnitt gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bewusst, dass ich mich mit Falschangaben nach § 263 Strafgesetzbuch des Sozialbetruges strafbar mache.

Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

Datum, Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Angaben zur Abrechnung

Es wurde ein **Stundensatz** in Höhe von _____, _____ € gezahlt.

Daraus ergibt sich im Gesamtzeitraum ein **Gesamtbetrag** in Höhe von:

_____, ____ € x _____, ____ Stunden = _____, ____ €.

Stundensatz	Stundenanzahl	Gesamtbetrag
100,-	10	10.000,-
150,-	5	7.500,-
200,-	3	6.000,-
250,-	2	5.000,-
300,-	1	3.000,-
350,-	1	3.500,-
400,-	1	4.000,-
450,-	1	4.500,-
500,-	1	5.000,-
550,-	1	5.500,-
600,-	1	6.000,-
650,-	1	6.500,-
700,-	1	7.000,-
750,-	1	7.500,-
800,-	1	8.000,-
850,-	1	8.500,-
900,-	1	9.000,-
950,-	1	9.500,-
1.000,-	1	10.000,-
1.050,-	1	10.500,-
1.100,-	1	11.000,-
1.150,-	1	11.500,-
1.200,-	1	12.000,-
1.250,-	1	12.500,-
1.300,-	1	13.000,-
1.350,-	1	13.500,-
1.400,-	1	14.000,-
1.450,-	1	14.500,-
1.500,-	1	15.000,-
1.550,-	1	15.500,-
1.600,-	1	16.000,-
1.650,-	1	16.500,-
1.700,-	1	17.000,-
1.750,-	1	17.500,-
1.800,-	1	18.000,-
1.850,-	1	18.500,-
1.900,-	1	19.000,-
1.950,-	1	19.500,-
2.000,-	1	20.000,-
2.050,-	1	20.500,-
2.100,-	1	21.000,-
2.150,-	1	21.500,-
2.200,-	1	22.000,-
2.250,-	1	22.500,-
2.300,-	1	23.000,-
2.350,-	1	23.500,-
2.400,-	1	24.000,-
2.450,-	1	24.500,-
2.500,-	1	25.000,-
2.550,-	1	25.500,-
2.600,-	1	26.000,-
2.650,-	1	26.500,-
2.700,-	1	27.000,-
2.750,-	1	27.500,-
2.800,-	1	28.000,-
2.850,-	1	28.500,-
2.900,-	1	29.000,-
2.950,-	1	29.500,-
3.000,-	1	30.000,-
3.050,-	1	30.500,-
3.100,-	1	31.000,-
3.150,-	1	31.500,-
3.200,-	1	32.000,-
3.250,-	1	32.500,-
3.300,-	1	33.000,-
3.350,-	1	33.500,-
3.400,-	1	34.000,-
3.450,-	1	34.500,-
3.500,-	1	35.000,-
3.550,-	1	35.500,-
3.600,-	1	36.000,-
3.650,-	1	36.500,-
3.700,-	1	37.000,-
3.750,-	1	37.500,-
3.800,-	1	38.000,-
3.850,-	1	38.500,-
3.900,-	1	39.000,-
3.950,-	1	39.500,-
4.000,-	1	40.000,-
4.050,-	1	40.500,-
4.100,-	1	41.000,-
4.150,-	1	41.500,-
4.200,-	1	42.000,-
4.250,-	1	42.500,-
4.300,-	1	43.000,-
4.350,-	1	43.500,-
4.400,-	1	44.000,-
4.450,-	1	44.500,-
4.500,-	1	45.000,-
4.550,-	1	45.500,-
4.600,-	1	46.000,-
4.650,-	1	46.500,-
4.700,-	1	47.000,-
4.750,-	1	47.500,-
4.800,-	1	48.000,-
4.850,-	1	48.500,-
4.900,-	1	49.000,-
4.950,-	1	49.500,-
5.000,-	1	50.000,-
5.050,-	1	50.500,-
5.100,-	1	51.000,-
5.150,-	1	51.500,-
5.200,-	1	52.000,-
5.250,-	1	52.500,-
5.300,-	1	53.000,-

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte der Seite „Nachweis der durchgeführten Verhinderungspflege“.

Einen **Zahlungsbeleg** habe ich dieser Abrechnung **beigefügt**. Bitte überweisen Sie den erstattungsfähigen Betrag auf mein Konto:

IBAN: _____

Die IBAN in Deutschland besteht aus 22 Zeichen (2-stelliger Ländercode, 2-stellige Prüfzahl, 8-stellige Bankleitzahl, 10-stellige Kontonummer), internationale IBANs können bis zu 31 Zeichen umfassen.

Kreditinstitut (Name) BIC: _____
(8 oder 11-stellig)

Kontoinhaber

Hinweis bei entstandenen Fahrkosten oder Verdienstaussfall

Bitte fügen Sie bei entstandenen Fahrkosten oder einem Verdienstausschlag in Zusammenhang mit der Verhinderungspflege bitte entsprechende Belege bei. Wir prüfen die Möglichkeit und Höhe der Erstattung für Sie.

Bestätigung der pflegebedürftigen Person

Hiermit bestätige ich, dass alle gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mir ist bewusst, dass ich mich mit Falschangaben nach § 263 Strafgesetzbuch des Sozialbetruges strafbar mache.

Datum, Unterschrift der pflegebedürftigen, bevollmächtigten oder betreuenden Person

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung erfolgt nach § 60 SGB I i. V. m. § 94 SGB XI.

Nachweis der durchgeführten Verhinderungspflege

- ☐ Alle aufgeführten Zeiten der Verhinderungspflege haben den gleichen Grund der Verhinderung. Diesen habe ich auf Seite 1 angegeben. (**Ausfüllhinweis:** Die Spalte „Grund“ in der Tabelle muss nicht ausgefüllt werden.)
- ☐ Die aufgeführten Zeiten der Verhinderungspflege haben mehrere Gründe. Diese habe ich separat in der nachfolgenden Tabelle beschrieben.

Die Verhinderungspflege fand zu folgenden Zeiten statt (bitte einzeln au f hren):

Datum	Stundenzahl	Grund

Datum, Unterschrift der pflegebedürftigen, bevollmächtigten oder betreuenden Person

Datum, Unterschrift der privaten Ersatzpflegekraft