

Versicherer im Raum der Kirchen
Krankenversicherung AG
Pflegeversicherung
Doktorweg 2-4
32752 Detmold

Sie erreichen uns:

Mo - Fr: 8.00 - 18.00 Uhr
Serviceteam Leistung
Telefon 05231 975-3062
Telefax 05231 975-3710
E-Mail info@vrk.de

Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI
Versicherungsnummer: _____

Allgemeine Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Telefonnummer für Rückfragen

Allgemeine Angaben zur Verhinderungspflege

Ich beantrage für die Zeit vom _____ bis _____

- Tageweise Verhinderungspflege¹:** Meine Pflegeperson(en) war(en) mindestens acht Stunden am Tag verhindert (z.B. aufgrund von Urlaub, Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme)
- Stundenweise Verhinderungspflege²:** Meine Pflegeperson(en) war(en) weniger als acht Stunden am Tag verhindert (z.B. für Einkäufe, Behördengänge, Freizeitaktivitäten)

Grund der Verhinderung:

- Urlaub der Pflegeperson(en) Krankheit der Pflegeperson(en)
- Krankenhausbehandlung/Rehabilitationsmaßnahme
- Sonstige Gründe (Angabe erforderlich): _____

Folgende Pflegeperson(en) war(en) verhindert:

Name, Vorname

Diese Person pflegt mich seit³

Name, Vorname

Diese Person pflegt mich seit³

Angaben zur Verhinderungspflege

Versicherungsnummer

Die Verhinderungspflege wurde sichergestellt

- durch einen Pflegedienst oder in einer Einrichtung⁴ (bitte reichen Sie die Rechnung zur Erstattung ein).

Name des Pflegedienstes oder der Einrichtung

Adresse des Pflegedienstes oder der Einrichtung

- durch eine private Ersatzpflegeperson.

Name, Vorname der privaten Ersatzpflegeperson

Geburtsdatum

Adresse der privaten Ersatzpflegeperson

Die Ersatzpflegeperson ist mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert^{5,6}.

ja

nein

Die Ersatzpflegeperson lebt mit der pflegebedürftigen Person in häuslicher Gemeinschaft⁶.

ja

nein

Höhe der gezahlten Vergütung _____ Euro

Von der privaten Ersatzpflegeperson auszufüllen:

Für die Verhinderungspflege vom _____ bis _____ habe ich insgesamt _____ Euro für pflegebedingte Aufwendungen erhalten.

Zusätzlich sind mir folgende Aufwendungen entstanden:

Fahrtkosten _____ Euro

**Bitte Nachweise (Fahrbelege,
Verdienstaussfallbescheinigung
o.Ä.) beifügen.**

Verdienstaussfall _____ Euro

Wurde die Verhinderungspflege durch die private Ersatzpflegeperson nicht in einem zusammenhängenden Zeitraum und/oder weniger als acht Stunden täglich erbracht, ist beiliegende Tabelle (siehe Merkblatt) zu füllen⁷.

Ort, Datum

Unterschrift der pflegebedürftigen Person*

Ort, Datum

Unterschrift der privaten Ersatzpflegeperson**

*Unterschrift des Versicherten, seines Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis erforderlich) oder des Erziehungsberechtigten (nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen. Andernfalls wird die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters benötigt).

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Die Verarbeitung der mit diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten ist zur Bearbeitung Ihres Antrags auf Verhinderungspflege erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihren Rechten finden Sie auf www.VRK.de/Datenschutz.

