Absender

Zurück an:

AOK Niedersachsen

Die Gesundheitskasse

30142 Hannover

Nachname, Vorname des der Versicherten

Versicherungsnummer

Abrechnung der stundenweise Verhinderungspflege

Nachname, Vorname der **Ersatzpflegekraft** | Geburtsdatum | Telefon-Nr.

Ist die Ersatzpflegekraft mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert?

☐ Ja, ggf. wie?

Art der Verwandtschaft oder Schwägerschaft

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Betrag

Abrechnung der stundenweise Verhinderungspflege - Seite 2

Nachname, Vorname	Versicherungsnummer

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Betrag
Gesamtbetrag			0,00 €

In diesem Gesamtbetrag sind enthalten

Verdienstausfall: ☐ nein ☐ ja (wenn ja bitte Bestätigung vom Arbeitgeber beifügen)

Fahrkosten: ☐ nein ☐ ja

☐ Fahrten mit dem öffentlichen Verkehrsmittel - bitte Quittungsbelege beifügen

☐ Fahrten mit dem eigenen PKW

von: _____ (Postleitzahl, Ort) nach: _____ (Postleitzahl, Ort)

Anzahl der **einfachen** Fahrten: _____ Anzahl der **Kilometer einfach:** _____

Einfache Fahrten sind die Fahrten zu der zu pflegenden Person

Hiermit bestätige ich den Erhalt des Gesamtbetrages.

_____

Datum und Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Die Erstattung soll auf folgendes Konto erfolgen:

_____

Bank

_____ _____

IBAN Kontoinhaber

_____

Datum und Unterschrift des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben zur Prüfung des Anspruchs auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der Verhinderungspflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/Datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.