



## Abrechnung der stundenweise Verhinderungspflege - Seite 2

Nachname, Vorname	Versicherungsnummer
-------------------	---------------------

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden	Betrag
<b>Gesamtbetrag</b>			

### In diesem Gesamtbetrag sind enthalten

**Verdienstaufschlag:**  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: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort 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](http://www.aok.de/bayern/Datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.