

Antrag auf Verhinderungspflege

Pflegebedürftige Person: _____
Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Ich werde von folgender Person gepflegt:

Name, Vorname und Anschrift der Pflegeperson

Voraussetzung für die Leistung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vorher mindestens seit sechs Monaten in häuslicher Umgebung gepflegt hat.

Ich beantrage für den Zeitraum von _____ bis _____ voraussichtlich

- stundenweise** Verhinderungspflege (weniger als 8 Stunden täglich)
Stundenweise Verhinderungspflege kann beantragt werden, wenn die Pflegeperson an einzelnen Tagen weniger als acht Stunden verhindert ist (z. B. Termine, Einkäufe, Behördengänge usw.). Voraussetzung ferner ist, dass die Pflegeperson an diesen Tagen auch selbst pflegt und **unter acht Stunden verhindert ist**.
- tageweise** Verhinderungspflege (vollständige Verhinderung **mindestens 8 Stunden täglich**)

Die stunden- bzw. tageweise Verhinderungspflege ist erforderlich wegen:

- Krankheit
- Erholungsurlaub
- sonstigen Gründen (bitte angeben): _____

Während der Abwesenheit der Pflegeperson wird die Verhinderungspflege durchgeführt von:

- ambulanter Pflegedienst, Pflegeeinrichtung (erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)

(Name und Anschrift)

- Privatperson (Angehörige, Nachbarn, Bekannte)

(Name, Anschrift und Telefonnummer der Ersatzkraft)

Sind Sie mit der Privatperson verwandt oder verschwägert?

- Ja (bitte angeben wie): _____
- Nein

Leben Sie mit der Privatperson in häuslicher Gemeinschaft?

- Ja
- Nein

Entstehen der Privatperson Aufwendungen?

- Ja, ggf. welche? _____
(Netto-Verdienstaussfall ggf. bitte beifügen oder Fahrkosten)
- Nein

Sofern der zur Verfügung stehende Betrag der Verhinderungspflege nicht ausreicht, soll der **Anspruch aus der Kurzzeitpflege von maximal 806,00 Euro** übertragen werden.

- Ja
 Nein

Neu ab 01.01.2024: Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4 oder 5, welche das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können den kompletten Betrag aus der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.774,00 € vollständig übertragen. Wird diese vollständige Übertragung gewünscht:

- Ja
 Nein

Bei einer **etwaigen Überzahlung des Pflegegeldes stimme ich einer Verrechnung** mit künftigen Pflegeleistungen durch meine Pflegekasse zu.

(Ort, Datum, **Unterschrift der pflegebedürftigen Person**, Betreuer, Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters)

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 39, 42 SGB XI. Die Daten werden für die Leistungserbringung benötigt. Ihre Mitteilung der erfragten Daten 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)