

ANTRAG AUF VERHINDERUNGSPFLEGE

1. Angaben zur Pflegeperson (Antragsteller/in)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

2. Angaben zur zu pflegenden Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Versichertennummer: _____

Pflegegrad: _____

3. Zeitraum der Verhinderungspflege

Beginn (Datum): _____

Ende (Datum): _____

Anzahl der Tage: _____

4. Ersatzpflegeperson

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

5. Erklärung

Hiermit beantrage ich die Übernahme der Kosten für eine Ersatzpflegeperson während meiner Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI. Ich versichere, dass die angegebenen Daten wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen haben können.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller/in:

Dieser Antrag ist vollständig auszufüllen und bei der zuständigen Pflegekasse einzureichen. Eventuell sind weitere Nachweise beizufügen.

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/kvb-verhinderungspflege-antrag/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.