

ANTRAG AUF RÜCKWIRKENDE VERHINDERUNGSPFLEGE

An: _____

Pflegekasse / Kostenträger

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Betreff:

Antrag auf rückwirkende Anerkennung von Verhinderungspflege

Versicherte Person:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsnummer: _____

Pflegeperson / Antragsteller:

Name: _____

Anschrift: _____

Angaben zur Verhinderungspflege:

Zeitraum der Verhinderungspflege (von – bis): _____

Name und Verwandtschaftsgrad der Vertretungsperson: _____

Begründung für die rückwirkende Beantragung:

Hiermit beantrage ich die rückwirkende Anerkennung der Verhinderungspflege für den oben genannten Zeitraum. Die Verhinderungspflege konnte aus folgenden Gründen nicht fristgerecht beantragt werden: (z. B. unerwartete Erkrankung, organisatorische Schwierigkeiten). Ich versichere, dass die Pflegeperson in diesem Zeitraum tatsächlich verhindert war und die Vertretungsperson die Pflege übernommen hat.

Erklärung:

Ich bestätige, dass alle gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bekannt, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Antragsteller / Pflegeperson

Versicherte Person (optional)

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/verhinderungspflege-ruckwirkend-beantragen-brief/>

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.