.....

.....

.....

.....

.....

Adresse der Pflegekasse

Eingangstempel

Abrechnung zusätzlicher Entlastungsleistungen im Rahmen der Nachbarschaftshilfe nach § 45 b SGB XI

Name und Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Straße

Versicherungsnummer

Telefonnummer

Erklärung der/des Versicherten

In der Zeit von __.__.____ bis __.__.____ wurde ich stundenweise betreut.

Die Betreuung in der vorgenannten Zeit hat an insgesamt ..... Stunden stattgefunden.

Ich bitte um Erstattung der Kosten in Höhe von ..... EUR* auf folgendes Konto.

Name des Geldinstitutes

IBAN

BIC

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuer

Erklärung der/des Betreuenden (Nachbarschaftshelfer)

Name, Vorname

Anschrift

Hiermit bestätige ich, dass ich die Betreuung und Entlastung unter Einhaltung der Rahmenvorgaben der „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten" in der o. g. Zeit durchgeführt habe und dafür den vorgenannten Betrag* erhalten bzw. den Erhalt vereinbart habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuenden/Nachbarschaftshelfer

* Für Leistungen, welche entgegen den Regelungen der „Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung und Förderung von Betreuungs- und Entlastungsangeboten" erbracht wurden, besteht kein Zahlungsanspruch. Geleistete Zahlungen können in diesem Zusammenhang zurückgefordert werden.

PF17008-09/2016