

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
56040 Koblenz

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

Antrag auf Erstattung der Kosten für eine Verhinderungspflege

Name, Vorname Pflegebedürftiger	Geburtsdatum	Versicherungsnummer
Straße, PLZ, Wohnort		

In der Zeit vom _____ bis _____ konnte meine Pflegeperson

(Name, Vorname, Anschrift)

☐ wegen Erholungsurlaub

☐ aus sonstigen Gründen:

(bitte sonstige Gründe hier eintragen)

die Pflege an mir nicht durchführen (bei stunden- oder tageweiser Verhinderung bitte gesonderte Aufstellung beifügen).

Meine Pflegeperson war an der Pflege verhindert für

☐ mindestens 8 Stunden täglich

☐ _____ Stunden täglich (Stundenzahl bitte eintragen)

Die Ersatzpflege wurde durchgeführt

☐ durch den Pflegedienst

(Name, Anschrift)

In diesem Fall bitte die quitierte Originalrechnung zur Erstattung einreichen

☐ durch die Privatperson

(Name, Vorname, Anschrift)

Die Ersatzpflegekraft ist mit mir verwandt oder verschwägert

☐ Ja ☐ Nein

Verwandtschaftsverhältnis _____

Besteht häusliche Gemeinschaft?

☐ Ja ☐ Nein

Für die Pflege im oben genannten Zeitraum habe ich _____

EUR gezahlt

☐ vollstationäre Ersatzpflege (z.B. in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung)

(Name, Anschrift, Institutionskennzeichen)

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer in § 94 SGB XI benannten Aufgaben erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Wir weisen Sie darauf hin, dass eine fehlende Mitwirkung zu Nachteilen oder zum Versagen der Leistung führen kann. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67034 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

Ort und Datum

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen

Name, Vorname Pflegebedürftiger
Versicherungsnummer

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland
Die Gesundheitskasse
56040 Koblenz

Erklärung der privaten Ersatzpflegekraft

1. Tageweise Verhinderungspflege (bitte Punkt 1 nur ausfüllen, wenn die Verhinderungspflege an ganzen Tagen erbracht wurde)

Ich bestätige hiermit, dass ich vom _____ bis _____ die Pflege durchgeführt habe und als Vergütung einen Betrag in Höhe von _____ EUR erhalten habe.

- ☐ Für die Hin- und Rückfahrt sind mir Fahrtkosten entstanden (nur angeben, wenn diese nicht bereits im Zahlungsbetrag enthalten sind und Belege bitte beifügen).
* Anzahl der gefahrenen Kilometer _____ km
- ☐ Ich habe anlässlich der Verhinderungspflege bei meinem Arbeitgeber unbezahlten Urlaub beantragt (bitte Bescheinigung des Arbeitgebers über Nettoverdienstausschlag beifügen).

2. Stundenweise Verhinderungspflege (bitte Punkt 2 nur ausfüllen, wenn die Verhinderungspflege stundenweise erbracht wurde)

Die stundenweise Verhinderungspflege wurde erbracht durch:

Name, Vorname der Ersatzpflegekraft	Verwandt/ verschwägert mit dem Pflegebedürftigen?	Verwandtschaftsverhältnis?
_____	☐ ja ☐ nein	_____
_____	☐ ja ☐ nein	_____
_____	☐ ja ☐ nein	_____

Datum	Anzahl Stunden	Datum	Anzahl Stunden	Datum	Anzahl Stunden

Für die Pflege habe ich eine Vergütung von _____ EUR pro Stunde erhalten.

Ich bestätige den Erhalt von insgesamt _____ EUR.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer in § 94 SGB XI benannten Aufgaben erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Wir weisen Sie darauf hin, dass eine fehlende Mitwirkung zu Nachteilen oder zum Versagen der Leistung führen kann. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67034 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rps.aok.de.

3. Unterschrift der Ersatzpflegekraft (bitte in jedem Fall ausfüllen)

Ort und Datum

Unterschrift der Ersatzpflegekraft