

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße _____

Plz, Wohnort _____

Krankenversicherungsnummer _____

Thiestr. 15
38226 Salzgitter
www.bkk-salzgitter.de
IK 101922757
Bankverbindung
HypoVereinsbank
IBAN
DE38200300000016399519
BIC HYVEDEMM300

Antrag auf Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson

Ich beantrage vom _____ bis _____ Leistungen der Verhinderungspflege, da meine Pflegeperson meine Pflege zeitweise nicht durchführen kann.

(Name und Anschrift der Pflegeperson)

Vor der Verhinderung wurde ich mindestens 6 Monate gepflegt: Ja Nein

Im o.g. Zeitraum ist meine Pflegeperson wie folgt verhindert:

durchgehend im gesamten Zeitraum tageweise stundenweise an _____ Stunden täglich

2. Sonstige wichtige Angaben (bitte unbedingt beide Fragen beantworten)

Haben Sie Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften?

ja nein

Soll das Budget der Verhinderungspflege um bis zu 806 € aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege erhöht werden?

ja nein

3. Angaben zum Grund der Verhinderung

Urlaub der Pflegeperson

Krankheit der Pflegeperson

Entlastung der Pflegeperson

Sonstiges _____

4. Angaben zur Ersatzpflegeperson

Die Pflege erfolgt in dieser Zeit durch

eine Privatperson:

(Name und Anschrift und Rentenversicherungsnummer der Ersatzpflegekraft

Verwandtschaftsverhältnis / Schwägerschaft zum Pflegebedürftigen (Information siehe Anlage):

bis zum 2. Grad

ab dem 3. Grad/oder andere Person

kein Verwandtschaftsverhältnis / keine Schwägerschaft, **aber** in häuslicher Gemeinschaft

einen professionellen Leistungserbringer:

(Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung)

im Rahmen einer Ferienfreizeit:

(Name und Anschrift des Trägers der Maßnahme

Für die Ferienfreizeit wird Eingliederungshilfe gewährt

ja (Kopie des Bescheides liegt bei) nein

Vorwahl

Telefonnummer

Datum

Unterschrift Pflegebedürftigen oder des Betreuers/ Bevollmächtigten