

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

## **Antrag auf**

	Verhinderungspflege
	Stundenweise Verhinderungspflege
	Entlastungsbetrag

Ich beantrage für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Leistungen  
der (stundenweise) Verhinderungspflege, weil meine Pflegeperson

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

wegen  Urlaub  Krankheit  Sonstigem verhindert ist.

Hierbei handelt es sich um eine stundenweise Verhinderungspflege  ja  nein

Ich werde seit mindestens 6 Monaten gepflegt  ja  nein

Die Pflege wird in der genannten Zeit durchgeführt

Deutschland  Ausland (Land: \_\_\_\_\_)

von einem Pflegedienst  in einer Pflegeeinrichtung  von einer selbst

beschafften Ersatzpflegekraft  als Ferienreise

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name:

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

Die Ersatzpflegekraft lebt mit mir in häuslicher Gemeinschaft  nein  ja

Reichen die Mittel der Verhinderungspflege zur Finanzierung der Leistung nicht aus, sollen die zur Verfügung stehenden Ansprüche aus der Kurzzeitpflege übertragen werden

ja  nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bei der Unterschrift handelt es sich um  den Versicherten  Bevollmächtigten

Betreuer  gesetzlichen Vertreter

Hiermit beantrage ich die Möglichkeit, den Entlastungsbetrag von 125,00 Euro in Anspruch zu nehmen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bei der Unterschrift handelt es sich um  den Versicherten  Bevollmächtigten

Betreuer  gesetzlichen Vertreter