

Antrag auf Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

Name, Vorname: _____

Vers.-Nr.: _____

Eingliederungshilfe

Erhalten Sie Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII vom Sozialamt oder Integrationsamt?

ja nein

Soll die Verhinderungspflege Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII ersetzen?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Verhinderte Pflegeperson

Name, Vorname

Anschrift

Die häusliche Pflege wurde in den letzten sechs Monaten durch eine private Pflegeperson erbracht.

Zeitraum der Verhinderung (TTMMJJJJ) vom

bis

Angaben zur Art der Verhinderungspflege

Tageweise Verhinderungspflege Stundenweise Verhinderungspflege (die Pflegeperson ist weniger als acht Stunden täglich verhindert)

Grund der Verhinderung

Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe

Übertragung

Ich wünsche eine Übertragung nicht genutzter Leistungen aus der Kurzzeitpflege von bis zu 806,00 Euro in die Verhinderungspflege?

ja nein

Angaben zur Ersatzpflegeperson

Privatperson

Name, Vorname

Anschrift

Telefon-Nr.

Geburtsdatum

Krankenkasse

Zur pflegebedürftigen Person liegt ein Verwandtschafts- / Schwägerschaftsverhältnis 1. oder 2. Grades* vor

* Verwandtschaft bis 2. Grad: Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister

* Verschägerung bis 2. Grad: Stiefkinder, Schwiegerkinder, Stief- / Schwiegereltern, Schwieger- /

Stiefenkel, Schwager / Schwägerin, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern

ja nein

Lebt mit pflegebedürftiger Person in häuslicher Gemeinschaft

ja nein

Einsatz eines Pflegedienstes Eine direkte Abrechnung wird gewünscht

Name und Anschrift des Pflegedienstes

stationärer Heimaufenthalt

Behindertenfreizeit

Ist eine Unterbringung in der sonst üblichen Pflegeeinrichtung möglich?

ja nein

Die Richtigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt.

Unterschrift der Ersatzpflegekraft

Ort, Datum (TTMMJJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Versicherten, Betreuers oder Bevollmächtigten