

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

ausgehändigt/übersandt aufgrund des Antrages vom _____ durch _____
 (Unterschrift der/des Knappschaftsbediensteten, Versichertenberater etc.)

Teil A Angaben zur Feststellung des Pflegegrades

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.	
Aufgrund welcher Erkrankung/Behinderung liegt Pflegebedürftigkeit vor? Sofern Sie im Besitz von entsprechenden ärztlichen Unterlagen sind (z. B. Befundberichte, Krankenhausentlassungsberichte), bitten wir diese bei einem Hausbesuch durch unseren Gutachter im Original bzw. als Kopie zur Einsichtnahme bereitzuhalten.	_____ _____ _____ _____
Werden Sie zurzeit stationär in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung behandelt oder in einem Hospiz betreut?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem _____ Name der Einrichtung _____ Anschrift _____ Telefonnummer _____
Werden Sie zurzeit ambulant palliativ versorgt? Palliativpflege ist die Pflege und Versorgung sterbenskranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase durch entsprechende Fachkräfte.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit dem _____ durch _____ Name der Institution _____ Anschrift _____ Telefonnummer _____
Wurde von Ihrer Pflegeperson/Ihren Pflegepersonen die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt? (Bitte fragen Sie Ihre Pflegeperson/en.)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Hinweis: Die Inanspruchnahme von verkürzter Arbeitsverhinderung von bis zu 10 Tagen ist hier allerdings nicht anzugeben!)
Bitte geben Sie den Namen, die Anschrift und die Telefonnummer Ihres behandelnden Arztes an.	Name _____ Anschrift _____ Telefonnummer _____
Ist für Sie ein Betreuer bestellt oder ein gesetzlicher Vertreter bzw. ein schriftlich Bevollmächtigter vorhanden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte fügen Sie entsprechende Nachweise bei.) Name _____ Anschrift _____ E-Mail _____ Telefonnummer _____ Faxnummer _____

<p>Sind die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden verursacht durch</p> <p>a) einen Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit im Sinne der Unfallversicherung?</p> <p>b) eine anerkannte Kriegsdienstbeschädigung oder eine militärische Dienstleistung?</p> <p>c) einen Dritten (z. B. Verkehrsunfall, Tötlichkeit, medizinischer Behandlungsfehler)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja *) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja *) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____</p> <p>*) Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid des Unfallversicherungsträgers bzw. der Versorgungsbehörde bei.</p>
--	--

<p>Beziehen Sie Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____</p> <p>Wenn ja, bitte Bescheid des Sozialamtes oder der Gemeinde/Stadt beifügen.</p>
--	---

<p>Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja *</p> <p>* Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis Ihrer Beihilfe- bzw. Heilfürsorgestelle bei.</p>
--	--

<p>Gibt es einen Zeitraum, innerhalb dessen aus zwingenden Gründen eine Begutachtung nicht durchgeführt werden kann? (z. B. geplante Krankenhausbehandlung, Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme o. ä.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar vom _____ bis _____</p>
---	---

Teil B – Erklärung über die Art der Leistung, die regelmäßig erbracht werden soll

Bitte die von Ihnen gewünschte Leistung durch Ankreuzen kenntlich machen!

<p><input type="checkbox"/> Ich nehme die häusliche Pflegehilfe durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. eine berufsmäßige Pflegekraft in Anspruch.</p> <p>_____</p> <p>Name, Anschrift und Telefonnummer des Pflegedienstes (soweit bereits bekannt)</p> <p>Sollte ich den Sachleistungsanspruch in meiner Pflegestufe aufgrund nicht vorhersehbarer Gründe nicht voll ausschöpfen, beantrage ich, mir anteiliges Pflegegeld im Rahmen der Kombinationsleistung zu zahlen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich beantrage, mir Pflegegeld zu zahlen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte Leistungen der teilstationären Tages- oder Nachtpflege in Anspruch nehmen.</p> <p>_____</p> <p>Name, Anschrift und Telefonnummer der Einrichtung (soweit bereits bekannt)</p>
--

<p>Bitte geben Sie in jedem Falle Ihre Bankverbindung an!</p> <p>IBAN (International Bank Account Number) _____ BIC (Bank Identifier Code) _____</p> <p>Name des Kontoinhabers: _____</p>

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

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

Bei Rückfragen/
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten

Informationen zum Beratungsangebot der KNAPPSCHAFT

Pflegebedürftigkeit ist oft ein erheblicher Einschnitt im Leben der Betroffenen, der Familien, im sozialen Umfeld. In dieser Situation sind kompetente und schnelle Auskünfte zu Fragen über Leistungsansprüche, Hilfsangebote und Unterstützungsmaßnahmen sehr wichtig. Hier bietet die KNAPPSCHAFT gerne Hilfe an.

Die Soziale Pflegeversicherung sieht vor, dass Antragstellern unmittelbar nach Eingang eines erstmaligen Antrags auf Pflegeleistungen ein konkreter Beratungstermin unter Angabe einer Kontaktperson anzubieten und die Beratung spätestens innerhalb von zwei Wochen durchzuführen ist.

Auf Wunsch wird diese Beratung in der häuslichen Umgebung und selbstverständlich gerne auch nach Ablauf der 2-Wochen-Frist durchgeführt.

Die Beratung kann unter Einbeziehung von Angehörigen und Lebenspartnern oder gegenüber ihnen erfolgen, sofern die anspruchsberechtigte Person dies wünscht. Sie umfasst sämtliche, mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen sowie die spezielle Pflegeberatung durch besonders qualifizierte Pflegeberater/innen auf der Grundlage des sozialmedizinischen Pflegegutachtens.

Wenn Sie dieses kostenlose Angebot nutzen möchten, senden Sie dieses Informationsschreiben **unterscriben** an uns zurück. Weitere Informationen zur Pflegeversicherung erhalten Sie unter www.knappschaft.de in der Rubrik Pflegeberatung.

- Nein, ich bin bereits umfassend informiert und beraten worden.
- Ja, ich möchte eine Beratung nach § 7a SGB XI in Anspruch nehmen.

 Ort und Datum

 Unterschrift der/des Versicherten

Um Kontakt mit Ihnen aufnehmen zu können, teilen Sie uns bitte einen Namen und eine Telefonnummer *) mit unter der Sie oder eine andere Person erreichbar sind.

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____

*) freiwillige Angabe

MERKBLATT

– Preisvergleichslisten –

Die Preisvergleichsliste eröffnet Ihnen die Möglichkeit verschiedene Pflegedienste in Ihrer Umgebung nach Ihren Preisen untereinander zu vergleichen und kann Ihnen somit bei der Wahl eines ambulanten Pflegedienstes helfen.

Die Pflegekassen übernehmen Pflegeeinsätze durch einen Pflegedienst bis zu den – von dem jeweiligen Pflegegrad abhängigen – monatlichen Höchstbeträgen. Erbringt der Pflegedienst Leistungen, die diese Beträge übersteigen, kann dieser den übersteigenden Betrag direkt mit Ihnen abrechnen.

Über die mit Ihnen vereinbarten Leistungen schließt der Pflegedienst mit Ihnen einen Pflegevertrag ab. In diesem Pflegevertrag werden die entstehenden Kosten und die zu erwartenden Eigenbelastungen vor Beginn der Pfl egetätigkeit aufgeführt.

Je günstiger der Preis der Leistung ist, umso mehr Leistungen können zu Lasten der Pflegeversicherung abgerufen werden oder es besteht die Möglichkeit, neben der Pflegesachleistung auch noch anteiliges Pflegegeld zu erhalten (Kombinationsleistung).

Sie sehen also, wie wichtig ein Preisvergleich auch im Bereich der häuslichen Pflegehilfe ist. Die Wahl eines günstigen Pflegedienstes schont auch **Ihre Geldbörse**.

Wollen auch Sie bares Geld sparen, indem Sie die Preise ambulanter Pflegedienste miteinander vergleichen und sich für einen günstigen Pflegedienst in Ihrer Umgebung entscheiden?

Die Preisvergleichslisten können Sie bei dem für Sie zuständigen Fachzentrum Pflege anfordern. Bitte geben Sie hierbei den Ort, bzw. die Postleitzahlen der Bereiche an, die für Sie in Frage kommen.

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

Sozialmedizinischer Dienst: Informationen zur Pflegebegutachtung

Der Sozialmedizinische Dienst (SMD) unterstützt die KNAPPSCHAFT in allen medizinischen und pflegerischen Fragestellungen.

Um über Ihren Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung entscheiden zu können, muss Ihr persönlicher Hilfebedarf festgestellt werden. Daher wird die Pflegekasse den SMD beauftragen, ein Pflegegutachten zu erstellen.

Zu diesem Zweck wird sich der SMD **schriftlich oder telefonisch** mit Ihnen in Verbindung setzen, um möglichst kurzfristig einen Begutachtungstermin zu vereinbaren.

Die Pflegebegutachtungen erfolgen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte des SMD, die sich durch einen Dienstausweis ausweisen.

Die Begutachtung findet in der Regel in Ihrem Wohnumfeld statt, um einen Eindruck von Ihrer individuellen Lebens- und Pflegesituation zu bekommen.

Was ist bei der Begutachtung von Patienten mit Demenzerkrankung zu beachten?

Die Gutachterin oder der Gutachter spricht in der Regel zunächst die pflegebedürftige Person an. Auch wenn ihre Angaben auf Grund der dementiellen Erkrankung nicht zuverlässig sind, kann hierbei ein Rückschluss auf die kognitiven Fähigkeiten der Person gezogen werden. Diese Angaben werden allerdings nicht ungeprüft übernommen, sondern mit der pflegenden Person besprochen, bevor sie in das Gutachten einfließen.

Was geschieht nach der Begutachtung?

Ein Pflegegutachten wird erstellt. Auf dessen Grundlage entscheidet die Pflegekasse über Ihren Antrag. Hierüber erhalten Sie einen Bescheid. Auf Ihren Wunsch wird Ihnen das Pflegegutachten übersandt.

Tipps für den Hausbesuch:

- Schildern Sie der Gutachterin oder dem Gutachter möglichst genau Ihre gesundheitlichen Einschränkungen.
- **Halten Sie aktuelle Befund- und Entlassungsberichte bereit.**
- Für den Fall, dass bereits ein Pflegedienst zu Ihnen kommt, legen Sie der Gutachterin oder dem Gutachter die **Pflegedokumentation** vor. Wenn Sie häusliche Krankenpflege erhalten, sollten die entsprechenden Leistungsnachweise, insbesondere vorliegende Wunddokumentationen, zur Einsichtnahme ebenfalls bereit gehalten werden.
- Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, halten Sie auch diese bereit.
- Bitten Sie die Person/en, die bei Ihnen Pflege durchführt/en, bei der Begutachtung dabei zu sein.

Kontakt:

Kundenzufriedenheit genießt in unserem Hause einen hohen Stellenwert. Sollte es dennoch im Rahmen der Pflegebegutachtung einmal Grund zur Beschwerde geben, wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen SMD oder an den Leiter des Dezernates V.3, Sozialmedizinischer Dienst, Herrn Dr. Volker Strehle, Knappschaftstr. 1,44799 Bochum, smd@kbs.de.

Weitere Informationen zu unserem Haus erhalten Sie unter: www.knappschaft.de

Fragebogen zur Zahlung der Beiträge zur sozialen Sicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen

- unbedingt auch von Beschäftigten und Rentenbeziehern auszufüllen -

(Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die nebenstehenden Erläuterungen)

A Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname _____ Krankenversichertenummer _____

B Angaben zur pflegenden Person (Pflegeperson)

Name, Vorname _____ männlich weiblich

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Rentenversicherungsnummer

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Staatsangehörigkeit

Geburtsname, ggf. frühere Namen _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geburtsland und Geburtsort

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Geburtsdatum (TT,MM,JJJJ)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Ihre Rentenversicherungsnummer finden Sie in Ihrem Sozialversicherungsausweis, einer Gehaltsabrechnung oder in einer Mitteilung Ihrer Rentenversicherung.

1 Angaben zur Pflege

1.1 Ich pflege die pflegebedürftige Person seit dem: _____
Tag Monat Jahr

an insgesamt _____ Stunden **wöchentlich**, an _____ Tagen **wöchentlich** am:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Samstag Sonntag

im Rhythmus von _____ Wochen / Monate

in folgendem Rhythmus: _____

Bitte tragen Sie immer die **wöchentlichen Gesamtstunden** ein.

1.2 Neben mir sind noch andere Pflegepersonen im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig:

Nein Ja, _____
Name, Vorname

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Weitere Pflegepersonen, die an der Pflege beteiligt sind, können Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.

1.3 Die Pflege wird von mir nur vorübergehend (nicht mehr als zwei Monate bzw. 60 Tage im Jahr), als Aushilfe/ Vertretung ausgeübt:

Nein
 Ja, vom _____ bis _____
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

1.4 Wo wird die Pflege durchgeführt?

im Haushalt der pflegebedürftigen Person

in meinem Haushalt

im gemeinsamen Haushalt

sonstiger Pflegeort: _____

1.5 Ich stehe in folgendem Verhältnis zur pflegebedürftigen Person:

Ehegatte/eingetragener Lebenspartner Elternteil Kind

1.6 Ich erhalte von der pflegebedürftigen Person eine Geldleistung, die das - je nach Pflegegrad - zu zahlende Pflegegeld übersteigt:

Nein

Ja

1.7 Die Pfl ege tätigkeit übe ich im Rahmen meiner Berufstätigkeit aus (selbständige Pfl egefachkraft oder Anstellung bei einer ambulanten Pfl egeeinrichtung bzw. bin in meiner Eigenschaft als Pfl egeperson bei einer ambulanten Pfl egeeinrichtung angestellt oder als Jugend- oder Bundesfreiwilligendienstleistender oder für ein Unternehmen der freien Wohlfahrtspflege tätig, „24 Stunden Kraft“):

Nein

Ja, Tätigkeit als _____
Berufsbezeichnung

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

1.8 Ich pfl ege noch weitere pfl egebedurftige Personen:

Nein

Ja, an insgesamt _____ Stunden **wöchentlich** an _____ Tagen **wöchentlich** am:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Samstag Sonntag

Wenn ja:

a) Angaben zur weiteren pfl egebedurftigen Person:

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort)

Pfl egekasse/Versicherungsunternehmen/Versichertennummer

Versicherungspflicht kann auch bestehen, wenn die wöchentliche Mindestpfl egestundenanzahl bzw. die Mindestanzahl an Pfl ege- tagen erst durch die Pfl ege mehrerer Pfl egebedurftiger erreicht wird.

Weitere pfl egebedurftige Personen, die von Ihnen gepflegt werden, können Sie uns ggfs. auf einem separaten Blatt mitteilen.

2 Angaben zur Rentenversicherung

2.1 Ich übe neben der Pfl ege tätigkeit eine oder mehrere Erwerbstätigkeiten aus:

Nein

Ja, an insgesamt **bis zu** 30 Stunden in der Woche

seit dem: | | | | | | | | | |
Tag Monat Jahr

Handelt es sich hierbei um einen „Minijob“? Nein Ja

Ja, an insgesamt **mehr** als 30 Stunden in der Woche

seit dem: | | | | | | | | | | (Weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)
Tag Monat Jahr

2.2 Ich beziehe eine Vollrente wegen Alters oder eine vergleichbare Leistung nach Erreichen einer Altersgrenze:

Nein

Ja, seit dem: | | | | | | | | | |
Tag Monat Jahr

aus dem Inland / Ausland (Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

Wenn nein: Haben Sie eine solche Rente beantragt?

Nein Ja

z. B. Altersvollrente nach Vollendung des maß- geblichen Lebensjahres, Pensionen oder Auslandsrenten

Hierbei handelt es sich nicht um eine Teilrente, die durch das Flexi- rentengesetz bezogen werden kann.

2.3 Ich habe die Regelaltersgrenze erreicht und bisher keine Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt:

Mir wurden vom Rentenversicherungsträger Kindererziehungszeiten anerkannt

Für mich wurden pauschale Beiträge aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung („Minijob“) gezahlt.

Nein

Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Rentenversicherung über die Anerkennung der Kindererziehungszeit in Kopie bei.

2.4 Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung wurden gezahlt:

Nein Ja

2.5 Die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung habe ich mir in der Vergangenheit erstatten lassen:

Nein

Ja, am | | | | | | | | | |
Tag Monat Jahr

Wenn ja: Wurden nach der Beitragerstattung erneut Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

Nein Ja

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

2.6 Ich bin von der Rentenversicherungspflicht befreit und Pflichtmitglied in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung:

Nein

Ja

Name des Versorgungswerks _____

Mitgliedsnummer _____

In diesem Fall werden die Beiträge für die Dauer der Pflege an das berufsständische Versorgungswerk gezahlt, wenn Sie nicht widersprechen.

3 Angaben zur Arbeitslosenversicherung

3.1 Direkt vor Beginn der Pfl egetätigkeit war ich/bestand:

arbeitslosenversicherungspflichtig beschäftigt

vom

 bis

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
oder lfd.

z. B. als Arbeitnehmer

Name des Arbeitgebers, Ort _____

auf Antrag pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

vom

 bis

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
oder lfd.

z. B. in einer selbstständigen Tätigkeit

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

Name der Agentur für Arbeit _____

Kundennummer _____

anderweitig pflichtversichert in der Arbeitslosenversicherung

vom

 bis

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
oder lfd.

z. B. Versicherungspflicht durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutterschaftsgeld

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

Art des Versicherungsverhältnisses _____

ein Anspruch auf eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III

vom

 bis

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
oder lfd.

z. B. Arbeitslosengeld I - oder Übergangsgeld

Hierzu zählt nicht das Arbeitslosengeld II (Hartz IV).

Vorgenanntes trifft nicht zu: _____

3.2 Für die Zeit der Pfl egetätigkeit besteht ein anderes Versicherungspflichtverhältnis in der Arbeitslosenversicherung:

Nein

Ja:

Art des Versicherungsverhältnisses _____

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C, letzte Seite)

z. B. Versicherungspflicht durch den Bezug von Kranken-, Verletzten-, Übergangs-, oder Mutterschaftsgeld

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

3.3 Während der Zeit der Pfl egetätigkeit beziehe ich eine Entgeltersatzleistung nach dem SGB III:

Nein

Ja, vom

 bis

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
oder lfd.

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C)

z. B. Arbeitslosengeld I oder Übergangsgeld

3.4 Für die Zeit der Pfl egetätigkeit erziehe ich ein Kind (leibliches Kind, Adoptiv-, Pflege- oder Stiefkind), das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat:

Nein

Ja

(Wenn ja: weiter bei Abschnitt C)

3.5 Für mich wurde vom Rentenversicherungsträger eine volle Erwerbsminderung festgestellt:

Nein Ja, seit dem

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

Tag Monat Jahr

Bitte fügen Sie uns den Bescheid der Rentenversicherung über die Anerkennung der vollen Erwerbsminderung in Kopie bei.

3.6 Mir wurde eine Leistung eines ausländischen Versicherungsträgers bewilligt, die dem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht:

Nein Ja, seit dem

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

Tag Monat Jahr

Bitte fügen Sie uns einen entsprechenden Nachweis in Kopie bei.

C Datenschutzhinweis

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses zu erheben.

Meine steuerliche Identifikationsnummer lautet:

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

D Erklärung

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich werde Ihnen unverzüglich Mitteilung geben, wenn ich die o. a. Pflege beende, unterbreche oder wenn sonstige Veränderungen in den Verhältnissen eintreten (z. B. zeitliche Dauer der Pflege, Zubilligung einer Vollrente wegen Alters, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze).

Unterschrift der Pflegeperson

Ort, Datum