

KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

Name, Vorname, Geburtsdatum der / des Versicherten											
Wohnung											

Bei Rückfragen /
 Schriftwechsel bitte
 unbedingt angeben!

Zutreffendes bitte ankreuzen

**Pflegeversicherung
 Antrag auf Verhinderungspflege nach § 39 Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - (SGB XI)**

Hiermit beantrage ich die Erstattung von Kosten der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

Ort, Datum

Unterschrift der verhinderten Pflegeperson*

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich nachstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bewusst, dass unrichtige Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

! Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege entnehmen Sie bitte der Anlage !

Bitte immer ausfüllen																					
Welche Sie normalerweise betreuende Person ist/war verhindert? In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert? Aus welchen Gründen ist/war diese Person verhindert?	Name, Vorname vom _____ bis _____ Frau/Herr _____ <input type="checkbox"/> war ganztäglich verhindert wegen <input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Entbindung <input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> Rehamaßnahme <input type="checkbox"/> war stundenweise verhindert wegen <input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> sonstige private Gründe (z. B. Arztbesuche).																				
Bei einem Antrag auf stundenweise Verhinderungspflege bitte immer ausfüllen:	<input type="checkbox"/> Die üblicherweise pflegende Person war im o. g. Zeitraum an insgesamt ____Tagen an der Durchführung der Pflege gehindert. <input type="checkbox"/> Dabei umfasst die Verhinderung weniger als 8 Stunden pro Tag.																				
Die häusliche Pflege wird seit mindestens sechs Monaten durch meine Pflegeperson erbracht.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
Ich wünsche, dass für die Verhinderungspflege - sofern erforderlich und möglich - bis zu 806,00 Euro aus der Kurzzeitpflege verwendet werden (Erläuterungen siehe Anlage 1)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein																				
A Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch eine private Pflegeperson (z. B. Verwandte, Verschwägte, Nachbarn, Freunde, oder Bekannte) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.																					
Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch? (Ersatzpflegeperson)	Name, Vorname _____ Adresse _____																				
In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegeperson zu Ihnen?																					
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ehegatte</td> <td><input type="checkbox"/> Schwager/Schwägerin</td> <td><input type="checkbox"/> Stiefenkelkind</td> <td><input type="checkbox"/> Freund/Bekannter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Elternteil</td> <td><input type="checkbox"/> Enkel/Enkelin</td> <td><input type="checkbox"/> Stiefgroßeltern</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstige Person</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kind/Stiefkind</td> <td><input type="checkbox"/> Schwiegermutter/Schwiegervater</td> <td><input type="checkbox"/> Schwiegerenkel</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Großeltern</td> <td><input type="checkbox"/> Schwiegenderkind</td> <td><input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bruder/Schwester</td> <td><input type="checkbox"/> Stiefeltern</td> <td><input type="checkbox"/> Nachbar</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Schwager/Schwägerin	<input type="checkbox"/> Stiefenkelkind	<input type="checkbox"/> Freund/Bekannter	<input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Enkel/Enkelin	<input type="checkbox"/> Stiefgroßeltern	<input type="checkbox"/> Sonstige Person	<input type="checkbox"/> Kind/Stiefkind	<input type="checkbox"/> Schwiegermutter/Schwiegervater	<input type="checkbox"/> Schwiegerenkel		<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Schwiegenderkind	<input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten		<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester	<input type="checkbox"/> Stiefeltern	<input type="checkbox"/> Nachbar	
<input type="checkbox"/> Ehegatte	<input type="checkbox"/> Schwager/Schwägerin	<input type="checkbox"/> Stiefenkelkind	<input type="checkbox"/> Freund/Bekannter																		
<input type="checkbox"/> Elternteil	<input type="checkbox"/> Enkel/Enkelin	<input type="checkbox"/> Stiefgroßeltern	<input type="checkbox"/> Sonstige Person																		
<input type="checkbox"/> Kind/Stiefkind	<input type="checkbox"/> Schwiegermutter/Schwiegervater	<input type="checkbox"/> Schwiegerenkel																			
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Schwiegenderkind	<input type="checkbox"/> Großeltern des Ehegatten																			
<input type="checkbox"/> Bruder/Schwester	<input type="checkbox"/> Stiefeltern	<input type="checkbox"/> Nachbar																			

Leben Sie mit Ihrer Ersatzpflegeperson in einem gemeinsamen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höhe der gezahlten Vergütung	(Bitte untenstehende Quittung ausfüllen bzw. separate Nachweise beifügen) _____ Euro

Von der Ersatzpflegeperson bitte immer anzugeben:	
Haben Sie in den letzten 12 Kalendermonaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt?	<input type="checkbox"/> ja _____ Name, Vorname des Pflegebedürftigen vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> nein

Quittung: (Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen, sofern keine separate Quittung eingereicht wird)	
Für die Verhinderungspflege bei Frau/Herrn _____ für die Zeit vom _____ bis _____ habe ich insgesamt _____ Euro für pflegebedingte Aufwendungen erhalten.	
Zudem mache ich folgende Aufwendungen geltend:	
Fahrtkosten _____ Euro	Bitte Nachweise (Fahrbelege, Verdienstausfallbescheinigungen o. ä.) beifügen.
Verdienstausfall _____ Euro	
Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag gegebenenfalls steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift der Ersatzpflegeperson

B Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.	
Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?	_____ Bezeichnung des Leistungserbringers _____ Adresse _____
Höhe der gezahlten Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)	_____ Euro
Soll der Erstattungsbetrag direkt an den Leistungserbringer gezahlt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

C Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben.	
In welcher Einrichtung wird/wurde während der Zeit der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durchgeführt?	_____ Bezeichnung der Einrichtung _____ Adresse
Höhe der pflegebedingten Vergütung (Bitte Rechnungsbeleg im Original beifügen)	_____ Euro
Soll der Erstattungsbetrag direkt an die Einrichtung gezahlt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anlagen

Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege

Wenn Ihre Pflegeperson verreist, erkrankt oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert ist, haben Sie Anspruch auf Verhinderungspflege.

Allerdings müssen Sie zuvor mindestens sechs Monate von einer privaten Pflegeperson in Ihrem häuslichen Bereich gepflegt worden sein.

Weitere Voraussetzung ist, dass Sie zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft sind.

1.) Verhinderungspflege in der häuslichen Umgebung

Wird die Verhinderungspflege durch eine Ersatzpflegeperson erbracht, die mit Ihnen bis zum **2. Grade** verwandt oder verschwägert ist oder mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebt, ist die Kostenübernahme grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes des jeweils festgestellten Pflegegrades für bis zu sechs Wochen begrenzt.

Wird die Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als sechs Wochen erbracht oder hat Ihre Ersatzpflegeperson im laufenden Jahr bereits einen anderen Anspruchsberechtigten im Rahmen der Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als einer Woche versorgt, ist Erwerbsmäßigkeit anzunehmen.

Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte oder Verschwägte (ab dem 3. Grade) oder durch Nachbarn, Freunde oder Bekannte erbracht, ist ebenfalls generell von **erwerbsmäßiger Pflege** auszugehen. Dies gilt auch, wenn ein ambulanter Pflegedienst die Verhinderungspflege übernimmt.

Im Rahmen der erwerbsmäßigen Verhinderungspflege erstatten wir die pflegebedingten Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro *) für sechs Wochen im Kalenderjahr.

Hinweis:

Sofern Ihrer Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Verhinderungspflege weitere notwendige Aufwendungen entstanden sind (z. B. Verdienstausfall oder Fahrkosten), können diese auf Nachweis zusätzlich bis zum entsprechenden Höchstbetrag erstattet werden.

Bitte beachten Sie, dass wir nur nachgewiesene Kosten erstatten können. Bei einer Verhinderungspflege durch private Pflegepersonen können Sie die Quittung im Antragsformular nutzen. Bei einer Verhinderungspflege durch einen ambulanten Pflegedienst können Sie uns die Rechnung des Pflegedienstes einreichen.

2.) Verhinderungspflege in einer Einrichtung

Sofern die Verhinderungspflege in einer Einrichtung wie z. B. Schule, Internat oder einem Wohnheim für behinderte Menschen durchgeführt wird, übernehmen wir die nachgewiesenen **pflegebedingten** Aufwendungen grundsätzlich bis zu 1.612,00 Euro *) für längstens sechs Wochen im Kalenderjahr. Als Kostennachweis können Sie die Rechnung der Einrichtung einreichen.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen (z. B. Einzelzimmerzuschlag, Telefongebühren usw.) sind selbst zu tragen.

3.) Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes

Während einer Verhinderungspflege wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr weitergezahlt, sofern zuvor ein Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand.

4.) Stundenweise Verhinderungspflege

Eine stundenweise Verhinderungspflege liegt vor, wenn die üblicherweise pflegende Person **weniger als acht Stunden am Tag** an der Durchführung der Pflege gehindert ist, z. B. aufgrund von Arztbesuchen oder sonstigen privaten Gründen.

Hierbei erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Leistungsbetrag, nicht aber auf die Höchstdauer von 42 Tagen. Gleichzeitig besteht Anspruch auf das Pflegegeld in voller Höhe.

5.) Verwendung nicht in Anspruch genommener Mittel der Kurzzeitpflege

Reicht der Betrag für die Verhinderungspflege nicht aus, können Sie den Leistungsbetrag um bis zu 806,00 Euro aus der Kurzzeitpflege aufstocken. Dies ist aber nur dann möglich, wenn Ihnen für die Kurzzeitpflege noch ein entsprechender Betrag zur Verfügung steht.

Machen Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, vermindert sich Ihr Anspruch auf Kurzzeitpflege entsprechend.

6.) Wie wirkt sich ein Beihilfe- oder Heilfürsorgeanspruch auf die Leistungsbeträge aus?

Für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. Grundsätzen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben, reduzieren sich die vorgenannten Leistungsbeträge gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI auf die Hälfte. Die andere Hälfte ist bei der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle zu beantragen.

* Hinweis:

Bis zum 31.12.2014 betrug der entsprechende Höchstwert für die Verhinderungspflege 1.550,00 Euro für vier Wochen im Kalenderjahr.