

ANTRAG

AUF LEISTUNGEN BEI VERHINDERUNG DER PFLEGEPERSON



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON Bitte vollständig ausfüllen!	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:

2. VERHINDERUNGSPFLEGE Bitte immer ausfüllen!	
Welche Sie betreuende Person ist/war verhindert?	
Name, Vorname:	
In welchem Zeitraum ist/war diese Person verhindert? vom:	bis:
Aus welchen Gründen ist/war die Sie betreuende Person verhindert?	
Obengenannte Person ist/war GANZTÄGIG wegen	
<input type="checkbox"/> Urlaub <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Entbindung <input type="checkbox"/> Kur-/Rehamaßnahme verhindert.	
Obengenannte Person ist/war STUNDENWEISE (bitte Anlagen 1 und 2 ausfüllen) wegen	
<input type="checkbox"/> Entlastung <input type="checkbox"/> sonstige private Gründe (z. B. Arztbesuche, Hobby, Sport) verhindert.	
Seit wann werden Sie von der Pflegeperson betreut? seit dem:	
Ich bin einverstanden, dass für die Erstattung von Verhinderungspflege – sofern erforderlich und möglich – bis zu 50 % des Kurzzeitpflegebetrages genutzt werden. (Erläuterung siehe Seite 5) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch private Pflegepersonen (z. B. Bekannte, Nachbarn, Verwandte, Verschwägerte) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen.	
Wer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?	
Name, Vorname:	
Anschrift:	
In welcher Beziehung steht Ihre Ersatzpflegekraft zu Ihnen?	
Verwandt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Verschwägert: <input type="checkbox"/> nein (Erläuterung siehe 5) <input type="checkbox"/> ja
Leben Sie mit Ihrer Ersatzkraft in einem gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Höhe der gezahlten Vergütung:	
a) allgemeine Aufwendungen	<input type="text"/> Euro
b) Fahrkosten	<input type="text"/> Euro
c) Verdienstaussfall	<input type="text"/> Euro
d) sonstiges	<input type="text"/> Euro
Bitte entsprechende Nachweise (Quittungen, Fahrbelege, Verdienstaussfallbescheinigung etc.) beifügen und Anlage 2 ausfüllen!	

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PERSON Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:


Versicherten-Nr.:

 Von der Ersatzpflegekraft bitte immer anzugeben!**Haben Sie in den letzten 12 Monaten bereits einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen der Verhinderungspflege versorgt?** nein ja

von:



bis:

Name, Vorname des Pflegebedürftigen:

 Bitte nur ausfüllen, wenn Sie durch einen professionellen Vertragsleistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst) Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen.**Welcher professionelle Vertragsleistungserbringer führt(e) während der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durch?**


Bezeichnung des Vertragsleistungserbringers:

Anschrift:


Höhe der gezahlten Vergütung: Euro Bitte entsprechenden Rechnungsbeleg beifügen.**Soll eine Erstattung der Kosten der Verhinderungspflege direkt an den Vertragsleistungserbringer erfolgen?** nein ja Bitte nur ausfüllen, wenn Sie in einer Einrichtung außerhalb Ihres üblichen Haushaltes Verhinderungspflege in Anspruch genommen haben bzw. in Anspruch nehmen.**In welcher Einrichtung wird/wurde während der Zeit der Verhinderung Ihrer Pflegeperson die Pflege durchgeführt?**

Bezeichnung der Einrichtung:

Anschrift:

Höhe der gezahlten Vergütung: Euro Bitte entsprechenden Rechnungsbeleg beifügen.**Soll eine Erstattung der Kosten der Verhinderungspflege direkt an die Einrichtung erfolgen?** nein ja**X**

Ort, Datum

X Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten***X**

Ort, Datum

X Unterschrift der versicherten Pflegeperson*

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

Seite 3 zum Antrag Anlage 1
AUF LEISTUNGEN BEI VERHINDERUNG
DER PFLEGEPERSON

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

 Bitte vollständig ausfüllen!

Abwesenheitsnachweis der Pflegeperson und Quittung der Ersatzpflegekraft (grau hinterlegte Felder) bei STUNDENWEISER Verhinderungspflege

Datum	Uhrzeit von/bis	Zeitraum in Stunden	Unterschrift der verhandelten Pflegeperson *	Euro/ Stunde	Gesamtbetrag für den täglichen Aufwand	Unterschrift der Ersatzpflegekraft*

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



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PERSON		Bitte vollständig ausfüllen!
Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:	

A. KOSTEN			
Ich bestätige, dass mir für die Verhinderungspflege in der Zeit vom:		<input type="text"/>	bis: <input type="text"/>
folgende Kosten entstanden sind:			
Allgemeine pflegerische Aufwendungen	<input type="text"/>	Euro täglich, insgesamt:	<input type="text"/> Euro
Fahrkosten (bitte Nachweis beifügen)	<input type="text"/>	Euro täglich, insgesamt:	<input type="text"/> Euro
Verdienstausfall (bitte Nachweis beifügen)	<input type="text"/>	Euro täglich, insgesamt:	<input type="text"/> Euro
Sonstige Aufwendungen (bitte näher erläutern)	<input type="text"/>	Euro täglich, insgesamt:	<input type="text"/> Euro
X	X		
Ort, Datum	Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*		

B. BESTÄTIGUNG		Von der Ersatzpflegeperson auszufüllen!
Für die Verhinderungspflege in der Zeit vom:		<input type="text"/>
bis:		<input type="text"/>
habe ich insgesamt: <input type="text"/> Euro erhalten.		
Mir ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag ggf. steuerpflichtiges Einkommen darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.		
X	X	
Ort, Datum	Unterschrift der Ersatzpflegeperson*	

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

C. KONTODATEN		Ich bitte um Überweisung auf das folgende Konto:
Name der Bank:		
IBAN: <input type="text"/>	BIC: <input type="text"/>	
X	X	
Ort, Datum	Unterschrift des Versicherten	

Datenschutzhinweis

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Wichtige Hinweise zur Verhinderungspflege

Wenn Ihre Pflegeperson verreist, erkrankt oder aus anderen Gründen verhindert ist, haben Sie Anspruch auf Verhinderungspflege. Allerdings müssen Sie zuvor mindestens sechs Monate von einer privaten Pflegeperson in Ihrem häuslichen Bereich gepflegt worden sein.

ANSPRUCH AUS DER VERHINDERUNGSPFLEGE						
Verhinderungspflege durch eine/n	max. 1,5fache des Pflegegeldes	max. 1.612 Euro durch weitere nachgewiesene Aufwendungen (Fahrkosten, Verdienstaussfall)	max. 1.612 Euro	nur für pflegebedingte Aufwendungen	Anspruchsdauer	Nachweis Anlage 1 und Anlage 2
private Pflegeperson, verwandt bis zum 2. Grad, aber länger als 6 Wochen Verhinderungspflege			X		42 Tage	X
private Pflegeperson, verwandt bis zum 2. Grad, kürzer als 6 Wochen Verhinderungspflege	X	X			42 Tage	X
private Pflegeperson, verwandt bis zum 2. Grad, hat bereits eine andere Person im Rahmen der Verhinderungspflege über einen Zeitraum von mehr als 1 Woche gepflegt			X		42 Tage	X
private Pflegeperson, nicht verwandt oder verschwägert (Nachbarn, Freunde, Bekannte etc.)			X		42 Tage	X
ambulanten Pflegedienst			X		42 Tage	
Einrichtung* (z. B. Krankenwohnung, Schule, Wohnheim)			X	X	42 Tage	

*Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen sind von dem Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Ggf. können diese Kosten über die zusätzlichen Betreuungsleistungen abgerechnet werden, soweit ein Anspruch besteht und dieser noch nicht ausgeschöpft wurde.

Verwandte bis zum 2. Grad sind: Eltern, Großeltern, Enkelkinder und Geschwister.

Verschwägte bis zum 2. Grad sind: Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegersöhne/-töchter, Ehegatten der Enkelkinder, Großeltern des Ehegatten, Stiefgroßeltern und Schwager/Schwägerin.

Weiterzahlung des hälftigen Pflegegeldes

Es bestand zuvor ein Anspruch auf Zahlung von Pflegegeld? Dann wird im Rahmen der Verhinderungspflege die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes für bis zu 42 Tage je Kalenderjahr weitergezahlt. Für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme besteht grundsätzlich Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe.

Stundenweise Verhinderungspflege

Von einer stundenweisen Verhinderungspflege spricht man, wenn die üblicherweise pflegende Person an weniger als acht Stunden am Tag an der Pflege gehindert ist. Beispielhaft sind hier Verhinderungsgründe, wie private Angelegenheiten (Hobby, Sport, Arztbesuche etc.). Hierbei ist aber wichtig, dass die grundsätzliche Pflegebereitschaft der Pflegeperson weiterhin vorhanden sein muss.

Bei der stundenweisen Verhinderungspflege erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.612 Euro, nicht aber auf die Höchstdauer von 42 Tagen. Für den Zeitraum der stundenweisen Verhinderungspflege besteht Anspruch auf Pflegegeld in voller Höhe.

Verwendung des 50 %igen Kurzzeitpflegebetrages

Wenn der Betrag für die Verhinderungspflege in Höhe von 1.612 Euro nicht ausreicht, kann der Leistungsbetrag um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Die Höchstanspruchsdauer von 42 Tagen erhöht sich aber nicht! Der Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Die flexible Inanspruchnahme ist jedoch vom Grundsatz her ausgeschlossen bei verwandten und verschwägerten Personen.

Beihilfe- oder Heilfürsorgeanspruch

Für Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigte reduzieren sich die vorgenannten Leistungsbeträge aus der Verhinderungspflege auf die Hälfte.