

**Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung (§ 45b SGB XI)  
für die Inanspruchnahme von Leistungen einer Nachbarschaftshilfe im Sinne der  
Anerkennungs- und Förderungsverordnung in Nordrhein-Westfalen**

**Anspruchsberechtigte Person:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
PLZ/Ort:	Straße:	
Versicherungsnummer:		

**Daten der Nachbarschaftshilfe:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
PLZ/Ort:	Straße:	
Telefonnummer:		

Leistungen der Nachbarschaftshilfe gelten bis zur Höhe des Entlastungsbetrages als anerkannt, sofern die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Nachbarschaftshilfe ...

1.  übernimmt die Unterstützung ehrenamtlich,
2.  ist nicht bis zum zweiten Grad mit der pflegebedürftigen Person verwandt oder verschwägert,
3.  lebt nicht mit der pflegebedürftigen Person in einer häuslichen Gemeinschaft,
4.  ist nicht gleichzeitig Pflegeperson der pflegebedürftigen Person,
5.
  - a.  verfügt über eine geeignete Qualifizierung im Umfang eines Nachbarschaftshilfe- oder Pflegekurses (Nachweis liegt diesem Schreiben bei)  
**oder (alternativ)**
  - b.  bestätigt, dass sie das Informationsangebot der Regionalbüros, Alter, Pflege und Demenz (<https://nachbarschaftshilfe.nrw/>) bzw. die in diesem Zusammenhang in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Landes Nordrhein-Westfalens erstellte Informationsbroschüre zur Nachbarschaftshilfe kennt.

Ich beantrage die Leistungen ab dem \_\_\_\_\_ und bestätige, dass die Voraussetzungen seit diesem Tag erfüllt werden.

**Information zur Datenverarbeitung**

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur Anspruchsprüfung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie, uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen. Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., Email-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der Anspruchsprüfung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die Anspruchsprüfung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können.

Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie, uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Nachbarschaftshilfe