

Antrag auf Leistungen der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege

| | |
|---|---------------|
| Name, Vorname der/des Pflegebedürftigen | Geburtsdatum |
| Anschrift | Telefonnummer |

- Ich beantrage die Übernahme der Kosten für eine Ersatzkraft (**Verhinderungspflege**), weil die bisherige Hauptpflegeperson verhindert ist wegen:
- Erholungsurlaub Krankheit sonstige Gründe (ausführliche Begründung):

In den letzten 6 Monaten wurde ich von meiner Hauptpflegeperson in meiner häuslichen Umgebung gepflegt: nein ja

Während der Abwesenheit der bisherigen Hauptpflegeperson soll die häusliche Pflegehilfe durchgeführt werden von (Name, Adresse) _____

Verwandt oder verschwägert? nein ja, Ersatzpflegeperson ist mein/e _____

in meinem Haushalt außerhalb meines Haushalts (Ort: _____)

Dauer der häuslichen Pflege: vom _____ bis _____

Voraussichtliche Kosten: € _____

- Hiermit beantrage ich nach Ausschöpfung der Leistungen der Verhinderungspflege die Übernahme der Kosten für noch nicht beanspruchte Kurzzeitpflege in Höhe von maximal 806,00 € kalenderjährlich für bis zu 14 Kalendertage (gilt nicht für Verwandte und Verschwägerte bis zum 2. Grad und nicht für Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben).

- Ich beantrage **Kurzzeitpflege** in einer vollstationären Einrichtung, weil häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist

- wegen Erholungsurlaub
 wegen Verhinderung der bisherigen Pflegeperson
 wegen kurzfristiger Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit
 wegen _____

Bezeichnung und Anschrift der Pflegeeinrichtung: _____

Dauer der Kurzzeitpflege: vom _____ bis _____

- Hiermit beantrage ich nach Ausschöpfung der Leistungen der Kurzzeitpflege, dass die nicht verbrauchten Leistungen der Verhinderungspflege in den Anspruch auf Kurzzeitpflege übertragen werden (Gesamtanspruch in Höhe von 3.224,00 € möglich)

Vorstehende Angaben habe ich nach bestem Wissen und wahrheitsgemäß gemacht.

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.

Datum, Ort

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten