



Guten Tag,

auf den nächsten Seiten finden Sie das Abrechnungsf formular für die Verhinderungspflege.

Bitte beachten Sie, dass Sie vor der Einreichung den entsprechenden Antrag gestellt haben müssen.

Bei Fragen erreichen Sie die BKK Miele Pflegekasse unter

Tel.: 05241 89 5839

E-Mail: pflege@bkk-miele.de

Mit freundlichen Grüßen

Ihre BKK Miele Pflegekasse

Antwort an

Miele BKK
Carl-Miele-Str. 29
33332 Gütersloh

Angaben zur pflegebedürftigen Person:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Sehr geehrte Pflegevertretung,

vielen Dank, dass Sie die Pflege von

unterstützen. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag.

Dieser Abrechnungsbogen dient der korrekten Abrechnung der von Ihnen geleisteten Verhinderungspflege.

Bitte füllen Sie diesen gewissenhaft aus und reichen ihn nach dem Ende der Verhinderungspflege (oder einem anderen Intervall Ihrer Wahl, z. B. monatlich) bei uns ein.

1. Angaben zur durchgeführten Verhinderungspflege

Hiermit versichere ich, dass alle von mir auf diesem Formular gemachten Angaben wahrheitsgemäß und richtig sind. Mit ist bekannt, dass der in Empfang genommene Betrag ggf. steuerpflichtiges Entgelt darstellt und von mir dem zuständigen Finanzamt zu melden ist.

____ . ____ . _____

Datum

Unterschrift der **Ersatzpflegekraft**

____ . ____ . _____

Datum

Unterschrift der/des **Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten**

Die Verhinderungspflege wurde **insgesamt** an _____ Stunden durchgeführt.

Die vereinbarte Vergütung pro Stunde betrug _____ €.

____ , ____

Gesamt-Betrag für **pflegerische Aufwände** (Stunden x Stundensatz): _____ €
(z.B. 1.500,00)

Gegebenenfalls **zusätzlich** angefallene Kosten (wie folgt):

Fahrkosten PKW:

Anz. Fahrten _____ x gefahrene km _____ x 0,20 €/km = _____ , _____ €

Fahrkosten öffentliche Verkehrsmittel (*Bitte Belege beifügen!*): _____ , _____ €

Verdienstausfall (*Bitte Nachweis beifügen!*): _____ . _____ , _____ €

Ich bestätige, dass ich am _____ (Datum) von _____ (Name) für die Durchführung der
 Verhinderungspflege einen Gesamtbetrag von · , € erhalten habe.
 (Bitte legen Sie einen Kontoauszug bei).

Die Verhinderungspflege wurde wie folgt durchgeführt:

Datum	Stunden	Datum	Stunden	Datum	Stunden	Datum	Stunden

2. Angaben zur Ersatzpflegekraft:

Vorname: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Verhältnis zum/zur Pflegebedürftigen (z.B. Tochter, Nachbar*in...) _____

3. Bankverbindung / Empfangsbestätigung

Der **Gesamtbetrag** soll auf folgendes Konto erstattet werden:

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: D E